XIX. Band 1933 Heft 4

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Girindrashekhar Bose, Kalkutta · A. Borel, Paris · N. L. Blitzsten, Chicago · A. A. Brill, New York
Lucile Dooley, Washington · M. Eitingon, Berlin · I. Hollós, Budapest · Ernest Jones, London · J. W. Kannabich, Moskau
J. H. W. van Ophuijsen, Haag · Philipp Sarasin, Basel · Y. K. Yabe, Tokio

redigiert von

Paul Federn, Wien · Heinz Hartmann, Wien · Sándor Radó, New York

Smith Ely Jelliffe . . . . . Die Parkinsonsche Körperhaltung

Felix Boehm . . . . . Beiträge zur Psychologie der Homosexualität

Therese Benedek . . . . . Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen

A. Kielholz . . . . . Weh' dem, der lügt!

Edmund Bergler und Ludwig Eidelberg . Der Mammakomplex des Mannes

M. Wulff . . . . . Über den hysterischen Anfall

Vorläufige Mitteilungen – Referate

1) Die in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 25.— per sechszehnseitigen Druckbogen honoriert.

2) Die Autoren von Originalbeiträgen sowie von Mitteilungen im Umfange über zwei Druckseiten erhalten nach Wahl zwei Freiexemplare des betreffenden Heftes.

3) Die Kosten der Übersetzung von Beiträgen, die die Autoren nicht in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, werden vom Verlag getragen; die Autoren solcher Beiträge erhalten kein Honorar.

4) Die Manuskripte sollen gut leserlich sein, möglichst in Schreibmaschinenschrift (einseitig und nicht eng geschrieben). Es ist erwünscht, daß die Autoren eine Kopie ihres Manuskriptes behalten. Zeichnungen und Tabellen sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt sein. Die Zeichnungen sollen tadellos ausgeführt sein, damit die Vorlage selbst reproduziert werden kann.

5) Mehrkosten, die durch Autorkorrekturen, das heißt durch Textänderungen, Einschaltungen, Streichungen, Umstellungen während der Druckkorrektur verursacht werden, werden vom Autorenhonorar in Abzug gebracht.

6) Separata werden nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf Kosten des Autors angefertigt. Die Kosten (einschließlich Porto der Zusendung der Separata) betragen für Beiträge

bis	8	Seiten	für	25	Exemplare	Mark	15.—,	für	50	Exemplare	Mark	20.—		
von	9	„	16	„	„	25	„	„	20.—,	„	50	„	„	25.—
„	17	„	24	„	„	25	„	„	30.—,	„	50	„	„	40.—
„	25	„	32	„	„	25	„	„	35.—,	„	50	„	„	45.—

Mehr als 50 Separata werden nur nach besonderer Vereinbarung mit dem Verlag angefertigt.

Wir machen hiemit unsere Autoren auf folgendes aufmerksam:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann bis zum Ablauf von zwei dem Erscheinungsjahr einer Arbeit folgenden Kalenderjahren über Verlagsrechte (Wiederabdruck und Übersetzungen) nur mit Genehmigung des Verlages verfügt werden. Auf Grund eines generellen Übereinkommens, das wir mit dem »International Journal of Psychoanalysis« getroffen haben, steht es jedoch jedem Autor frei, ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages der letztgenannten Zeitschrift das Recht der Übersetzung und des Wiederabdrucks einzuräumen.

Die Genehmigung einer Wiederveröffentlichung oder Übersetzung in einem anderen Organ muß, um Berücksichtigung finden zu können, zugleich mit Übersendung des Manuskriptes verlangt werden.

Die Redaktion

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus allen Ländern mit Ausnahme der U. S. A. bitten wir zu richten an Dr. Paul Federn und Dr. Heinz Hartmann, p. A. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus den U. S. A. an Dr. Sandor Radó, 324 West, 86th Street, New York City.

Bestellungen und geschäftliche Zuschriften aller Art an

Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

Internationale Zeitschrift
für Psychoanalyse
Herausgegeben von Sigm. Freud

XIX. Band 1933 Heft 4

Die Parkinsonsche Körperhaltung

Einige Betrachtungen über unbewußte Feindseligkeit

Von

Smith Ely Jelliffe

New York

Das Verständnis für den Sinn und die Bedeutung der Bewegungsvorgänge charakterisiert den gegenwärtigen langsamen und beinahe unmerklichen Übergang der mehr statischen zu einer dynamischen Neurologie. Im folgenden will ich zu zeigen versuchen, wie man aus den verschiedenen sinnvollen Elementen, welche die charakteristischen Körperhaltungen des Parkinsonismus kennzeichnen, als ein spezifisches Element die Feindseligkeit hervorheben kann, deren Abwehr sich ausgesprochenermaßen in dem am meisten hervortretenden Bewegungsbild dieses Syndroms ausdrückt. Wenn man von der Beschreibung eines Bewegungsbildes zu seinem Verständnis fortschreiten will, wird man die äußere Beobachtung durch die Erfassung der die Motorik beeinflussenden Faktoren ergänzen müssen, die in der Tiefe der Persönlichkeit wirken, nämlich im Unbewußten im Sinne Freuds.

Es soll hier zwar keine rein psychoanalytische Studie gegeben werden, doch wird der Versuch gemacht, die psychoanalytische Methode beim Studium des Parkinsonismus, sowohl des arteriosklerotisch-senilen als auch des metenzephalitischen Typs, anzuwenden. Die Ergebnisse führen nicht nur zu einem Verständnis der Parkinsonschen Körperhaltung, sondern sind auch von besonderem Nutzen für eine psychische Behandlung des Parkinsonismus. Der Gedanke an solch eine Psychotherapie bedeutet nicht den Verzicht auf die

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY
DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Anwendung bewährter Medikamente. Medikamentöse Mittel mag die Psychotherapie als vorbereitende oder ergänzende Maßnahmen gebrauchen. Aber wir vertreten hier die Ansicht, daß es heute nicht mehr angeht, ohne die psychologischen Faktoren, die hier so stark mit hineinspielen, zu berücksichtigen, sich allein auf Drogen ohne richtige Kenntnis ihrer Pharmakodynamik zu verlassen, wenn deren Anwendung auch empirisch gerechtfertigt ist.

An anderer Stelle haben wir die Beschreibung motorischer Erscheinungstypen sinnvoller Art, besonders auf dem Gebiet der Enzephalitis und der Schizophrenie, zusammengefaßt. Es ist nicht nötig, hier zu wiederholen, was wir dort in Übereinstimmung mit anderen Autoren über den „motorischen Haushalt" (Schaltenbrand) dieser Patienten gesagt haben. Ebenso erübrigt sich eine Beschreibung der Dyskinesien des Parkinsonismus. Uns liegt daran, die Auffassung zu rechtfertigen, die in der spezifischen Parkinson-Haltung eine unwillkürliche Verteidigungsstellung sieht, vergleichbar etwa der lauernden Annäherung des Boxers oder Ringers an seinen Gegner oder auch der erwartungsvollen schleichenden Haltung so vieler primitiv-religiöser Tanzrituale. Man könnte die Übereinstimmungen des Parkinsonkranken mit dieser motorischen Mimik durch den Nachweis der Tätigkeit derselben funktionellen Muskeleinheiten zu belegen suchen und dabei etwa besonders auch das Zittern und seinen bereits häufig kymographisch untersuchten Verlauf heranziehen; es wäre auch interessant, die Genese der Körperhaltung in Verbindung mit den Tonusproblemen vom Gesichtspunkt der Fortschritte der physiologischen Chemie, der Reflexologie und der Lehre von den willkürlichen Bewegungen aus zu betrachten; auch das ist schon von anderer Seite gut und eingehend geschehen. Wir werden uns aber hier mit einer kurzen Klarstellung unseres Standpunktes begnügen.

Nach der Formulierung von Whitehead (in seiner Arbeit „Science and the Modern World") sind die konkreten Lebewesen, insofern sie sich am Leben erhalten *(enduring entities)*, Organismen in dem Sinne, daß die dem Gesamtorganismus innewohnende „Ganzheitsidee" *(the plan of the whole)* die Funktionen der untergeordneten Organisationen bestimmt. Beim Tier erscheint die Ganzheit *(mentality)* als Grundrichtung des Gesamtorganismus, die alle untergeordneten Organisationen: Organe, Gewebe, Zellen, Biomoleküle und die letzten kleinsten Einheiten, beispielsweise die Elektronen, beeinflußt. So unterscheiden sich Elektronen innerhalb eines lebendigen Körpers von solchen außerhalb desselben durch dessen „Ganzheitsidee". Ohne diese zu kennen, kann man nicht verstehen, was in den Organen und in den Elektronen innerhalb der Organe vor sich geht.

Will man motorische Äußerungen Schizophrener oder irgendwelcher anderer Kranker verstehen, so muß man auch in ihnen die Auswirkung einer Grundidee, der „Persönlichkeit", erkennen; deshalb ist ein psychologisches Vorgehen nicht nur wünschenswert, sondern direkt geboten. So gelangt man, um Sokrates' Worte aus seinem berühmten Dialog mit Charmides zu gebrauchen, „zum Körper nur über die Seele". Eine neusokratische Formulierung wäre etwa: Man versteht das körperliche Verhalten, wenn man seine psychische Bedeutung versteht.

In einem Vortrag der amerikanischen Gesellschaft zur Erforschung der Nerven- und Geisteskrankheiten im Jahre 1929 wählte ich zum Verständnis dieses Stoffes einen Ausdruck von Henry Head, nämlich *vigilance* (Spannungszustand). Ich versuchte zu zeigen, warum meine Auffassung als Antithese oder besser als Gewichtsverlagerung zu Fr. von Kraus' „Tiefenperson" bezeichnet werden kann. Man könnte die Wirksamkeit seiner „Tiefenperson" und des „Ionenmilieus" anerkennen und deren Beziehungen zum „Spannungszustand" dann noch ergänzend hinzufügen. Dies erforderte zunächst die Darstellung des Materials über die physiologischen Vorbedingungen der Muskelerregbarkeit, wovon erst ein recht dürftiger Bruchteil gesichert, eine unübersehbare Menge jedoch noch unverarbeitet oder umstritten ist. Besonders wäre die Frage nach Entstehung und Ablauf der Muskelbewegung, nach dem Wesen der „Reizbarkeit" zu erörtern, die als physiologische Gegebenheit trotz aller physikalisch-chemischen Erkenntnisse, Hypothesen und Theorien unnahbarer bleibt als je. Es erforderte weiter die Klarstellung des umstrittenen Gebietes der vegetativen Innervation der glatten sowie des ungelösten Problems der doppelten Innervation der quergestreiften Muskulatur, ungelöst besonders im Hinblick auf die Probleme der Beteiligung der verschiedenen Zentren bei kataleptischen und katatonen Erscheinungen. Dafür wiederum wäre die Phylogenie der Reflexe entscheidend. Dieser ganze Fragenkomplex soll hier nicht ausführlicher behandelt werden. Im Lichte des „Spannungszustands", der „*vigilance*" gesehen, enthält er aber äußerst wichtige Momente.

Wir wollen nun Heads Untersuchungen über den „Spannungszustand"[1] bei spinalen Phänomenen heranziehen.[2] Bekanntlich folgt auf die Durchtrennung des Rückenmarks ein schlaffer, atonischer Zustand mit Verlust der

1) Head, Vigilance, British Journal of Psychology, 14, S. 126 (1926).

2) Head and Riddoch, Brain, 40, S. 188 (1917); Head, Neurological Studies, 1920, II, S. 467.

Blasen- und Rektumkontraktionen und Aufhebung tiefer und oberflächlicher Reflexe. Bei jungen und gesunden Individuen kehren nach Ablauf des spinalen Schocks die tiefen Reflexe wieder, erst der Achillessehnenreflex, dann der Patellarreflex und schließlich entwickelt sich ein Babinskireflex. Danach erscheinen automatische Blasen- und Rektumkontraktionen und schließlich die typische „Massenreflex"-Bewegung. In diesem Stadium ruft der geringste äußere Reiz ausgedehnte automatische Reflexbewegungen hervor, und beinahe jeder äußere Reiz unterhalb der Läsionsstelle kann diese erstaunlich empfindlichen Reaktionen auslösen.

Bei dem dezerebrierten Tier höherer Ordnung besteht eine ähnliche hochwertige physiologische Leistung im erhöhten Stellungstonus der Extensoren und in fein differenzierten Reaktionen. „Wenn wir nicht wüßten", schreibt Head, „daß das ganze Gehirn entfernt worden ist, möchten wir meinen, daß die Aktionen des dezerebrierten Tieres vom Bewußtsein geleitet werden. Es leitet keine Spontanbewegungen ein, aber die Reaktion zeigt immer eine zweckmäßige Anpassung." Diese „zweckmäßige Anpassung" erfordert, da höhere Differenzierung der Handlung auch einen differenzierteren und wirksameren Bereitschaftszustand der Muskulatur verlangt, ein relativ hoch organisiertes Funktionieren auch der niederen Zentren. Wenn ein Reiz die Bewegung erst einmal ausgelöst hat, scheint deren weitere Durchführung keinerlei bewußter Mitarbeit zu bedürfen.

„Jede automatische Handlung ist eine Übung des physiologischen Gedächtnisses", wie Head sich ausdrückt; oder nach Semon: Jede automatische Handlung „ekphoriert" die phylogenetischen und ontogenetischen „Engramme". (Vgl. Schilders „Entwicklung des Gedankens" vom Kern zur Peripherie der Persönlichkeit.)[3] Dieser Mneme der Schemata, nach denen automatische Handlungen ablaufen, entsprechen unbewußten „Gestalten". Es ist bekannt, daß diese Engramm-Muster oder Schemata durch neue Erlebnisse, die die Persönlichkeit in den verschiedensten Schichten angreifen können, allmählich modifiziert werden. Die von Marshall Hall in so bestechender Weise begonnenen, von Sherrington, Magnus und de Kleijn weitergeführten und kürzlich von Fulton so geschickt zusammengefaßten Arbeiten darüber stehen so sehr im Vordergrund des Interesses, daß wir uns hier auf sie beziehen dürfen, ohne näher auf sie einzugehen. Ihr Eindringen ins Gebiet der Psychiatrie wurde schon durch Hughlings Jackson angebahnt, Wernicke legte sie der Psychiatrie zu-

3) Schilder: Über Gedankenentwicklung.

grunde und Kleist, Goldstein, Schilder und andere, mögen ihre Ansichten auf den ersten Blick auch stark divergieren, nähern sich doch einer Betrachtungsweise, die die in Frage stehenden Phänomene zu verstehen gestattet. Nimmt man nun noch psychoanalytische Erkenntnisse zu Hilfe, so gelangt man zu einem tieferen Verständnis der Vorgänge, die im Körper als Ganzem wirksam sind.

Wenn Head (S. 136) sagt, „daß jede Läsion, die die automatischen Abläufe stört, den Stellungstonus beeinflußt", hätte er weitergehen und das Wort „Reiz" statt „Läsion" gebrauchen können. Denn jeder Reiz, der einmal die Perzeptionsschwelle überschritten hat, ruft eine Dauerspur hervor, die bewirkt, daß die Reaktion auf spätere ihm ähnliche Reize prompter und angepaßter erfolgt. Hemmung höherer Stufe kann der angepaßten Reaktion einer niederen Stufe entsprechen. Das Bild, das eine Handlung schließlich bietet, kann teilweise durch von höheren Zentren veranlaßte dynamische Hemmung primitiverer Reaktionsweisen ermöglicht sein.

Es wird in der vorliegenden Arbeit angenommen, daß alles biologische Geschehen von diesen allgemeinen Reaktionsgesetzen abhängt und Beziehungen hat zum „Spannungszustand" mit seinen Hemmungen und angepaßten Reaktionen. Nun aber müssen wir uns von Head trennen, für den „Bewußtsein" und „Regulierung des Spannungszustandes" identisch sind. „Ich lasse solche geistigen Zustände, die unbewußt genannt werden, völlig außer acht", schreibt er, „die einst einen Teil des Geisteslebens gebildet haben und die, obschon für den Augenblick verdrängt oder außerhalb der Aufmerksamkeitssphäre stehend, unter günstigen Bedingungen einen direkten psychischen Einfluß ausüben können." Ist dies möglich? Ist es nicht ein Unding, zu glauben, daß irgend ein kleines Stück Geschehen oder Verhalten, und sei es auch nur ein spinaler Reflex, richtig verstanden werden kann, wenn das Unbewußte außer acht gelassen wird?

Wir müssen annehmen, daß die physikalisch-chemische Stabilität eines Organismus, wie sie in der Unversehrtheit des Ionenmilieus zutage tritt und hauptsächlich durch das kortiko-dienzephale vegetative Zusammenspiel kontrolliert wird, ferner Reflexautomatismen mit ihren kortiko-striären sensomotorischen Bahnen unter der Kontrolle der fronto-kortikalen Assoziationsbahnen stehen, die niederere Reaktionen unterdrücken können. Dasselbe Prinzip findet man in der von der Psychoanalyse festgestellten Tatsache wieder, daß das Ich mit Hilfe der Verdrängung und anderer Abwehrmechanismen vom Es intendierte Abläufe hemmen kann (wobei es den ihm vom Über-Ich auferlegten Anforderungen folgt). Die Aufgabe des psychischen Apparates ist

die Reizbewältigung; sie wird einerseits durch die Überfülle äußerer Reize, anderseits durch die triebhemmende Tätigkeit des Ichs, die dem Über-Ich und letzten Endes der Außenwelt gehorcht, kompliziert.

Während des Wachzustandes dringen unaufhörlich Reize auf die Rezeptoren des Menschen ein; aber nur ein kleiner Teil derselben löst bewußte Reaktionen des Ichs aus. Würde diese fortwährende Engraphie nicht in verschiedener Weise n a c h t r ä g l i c h bearbeitet, so müßte ein Zustand der Überspannung entstehen, wie ihn die humoristische Frage charakterisiert: Was würde ein Chamäleon tun, wenn man es auf ein schottisches Plaid setzte? Die relative Reizlosigkeit des Schlafzustandes ermöglicht die Vermeidung einer solchen Überspannung, indem sie eine nachträgliche Verarbeitung der unbewältigten Reize gestattet. Diese Verarbeitung muß dann noch mit der anderen Komplikation, der triebhemmenden Tätigkeit des Ichs, fertig werden. Die Traumarbeit verwebt die verschiedenen an den psychischen Apparat gestellten Ansprüche nach Mustern aus der frühen ontogenetischen Erfahrung der Kindheit zu einem Ganzen. Aber auch tagsüber ringen Abfuhrtendenzen und Triebhemmungen miteinander. Ein starkes Über-Ich macht die Arbeit der Verdrängung verhältnismäßig leicht, ein schwaches Über-Ich erlaubt den Trieben des Es, das Ich mit sich fortzureißen. Alle die feineren kaleidoskopartigen Variationen der menschlichen Haltung entsprechen Kompromissen zwischen den widerstreitenden Tendenzen.

Geradeso wie der Massenreflex oder die Automatismen dezerebrierter Tiere in der Norm in ihren Manifestationen gehemmt werden können, so können auch Hemmungen dieser Art gestört werden und es kann die modifizierte Motorik entstehen, die wir beim Parkinsonismus vor uns sehen.

Wenn man von der pathologisch-anatomischen Seite aus feststellt, daß etwa beim Enzephalitiker ausgesprochene Läsionen vorhanden sind, so ist dies zwar zweifellos von allergrößter Bedeutung im Hinblick auf mancherlei Problemstellungen; es enthebt uns aber nicht der Aufgabe, beim Studium der Bedeutung des motorischen Verhaltens in erster Linie auf die Kontrolle der Triebregungen durch das Ich zu achten. In der psychoanalytischen Forschung sind immer noch genug Probleme über den Kampf zwischen Trieb und Triebabwehr unerforscht. Es gilt nicht nur, die Mechanismen der Verdrängung und der anderen Abwehrarten eingehend zu erforschen, sondern auch den Schicksalen der Besetzung der abgewehrten Triebe im einzelnen nachzugehen. Wie im Somatischen erhöhte Temperatur, beschleunigte Atmung und Leukozytose sich verbünden, um dem Angriff einer Infektion zu begegnen, so können auch die Triebabwehrkämpfe verschiedener Art als Versuche zur Anpassung an

eine durch Anforderungen der Außenwelt oder des Über-Ichs neu entstandene Situation, d. h. als wiederherstellende und heilende Faktoren betrachtet werden.

Wenn wir uns mit der Motorik des Enzephalitikers näher befassen wollen, tun wir gut, ein besonders ausgesprochenes Beispiel zu wählen. Ein solches stellt die Parkinsonsche Haltung mit Bradykinesie, Akinesie, Gedankenträgheit usw. dar. Wir wissen zunächst nur, daß die ganze Krankheit mit einem infektiösen Insult beginnt, und welches motorische Bild sie schließlich bietet. Den Forschungen über die Lokalisation der Attacken des Virus, die uns in diesem Zusammenhang nur von sekundärer Bedeutung sind, wird vielfach deshalb Gewicht beigelegt, weil der Verlauf des klinischen Krankheitsbildes als ein Fortschreiten des enzephalitischen infektiösen Prozesses gedeutet wird. Es ist gewiß richtig, daß im Sinne der H e a d schen Auffassung des Spannungszustands angenommen werden muß, daß jedes neue Aufleben der Infektion das Fortschreiten der motorischen Störung begünstigt. Aber die durch die Krankheit mobilisierten Triebkonflikte, die schon für sich allein schwere Probleme stellen, genügen vielfach zum Verständnis und brauchen nicht durch die durchaus zugegebene Möglichkeit eines Fortbestehens der Infektion kompliziert zu werden. Und dieser Verdrängungskampf, mag er nun durch infektiöse Schädigung bedingt oder nur das Resultat eines Persönlichkeitsdefektes sein, ist ein großes Problem von außerordentlicher Bedeutung.

Beim Parkinsonkranken ist sowohl eine reale als auch eine neurotische Bedrohung seines Gleichgewichts vorhanden. Erstere, weil der Bewegungsapparat mehr oder weniger gestört ist, letztere, weil die Krankheit alte Triebkonflikte mobilisiert. Die gesamte dynamische Situation ist verändert. Zum Verständnis möchte man der Entwicklung des Charakters des einzelnen Kranken besondere Aufmerksamkeit schenken, besonders der Gestaltung seines Über-Ichs. Man trifft Patienten, welche eine Enzephalitis mit deutlichen „Herdsymptomen", das heißt mit Symptomen, die durch bestimmte, lokalisierbare Läsionen des Nervensystems hervorgerufen werden, durchgemacht haben und doch wieder völlig geheilt sind. Hier handelt es sich also um Individuen mit einer starken Heilungstendenz, der vielleicht ein in gewissem Sinne starkes Über-Ich entsprechen mag, denen Konstitution und wohl auch frühes Erleben ermöglichten, Schwierigkeiten durch Anerkennung der Realität zu überwinden, statt zu Phantasien, Tagträumen oder Selbsttäuschungen ihre Zuflucht zu nehmen. Eine solche Fähigkeit zur Anpassung ist imstande, das Ich sozusagen von der unumgänglichen Realität zu überzeugen und so Regressionen zu verhindern; das Ich bleibt in der Lage, den Apparat auch in be-

schädigtem Zustande vorteilhaft zu handhaben und ihn trotz des Defekts zur normalen Funktion zurückzuführen.

Bei einem „schwachen Über-Ich" aber, wie man es entweder bei Kindern (man beobachte die Wirkung der Enzephalitis auf die Haltung des Kindes!) oder bei Leuten mit schwächerer Konstitution antrifft, wird die tatsächliche Funktionsbeeinträchtigung in neurotischer Weise beantwortet und das Problem wird komplizierter.

Es war schon vor Jahren, sogar bevor Parkinson sein Syndrom aufstellte, bemerkt worden, daß bei präsenilen Parkinsonkranken ziemlich häufig „eigenartige" Geisteszustände auftreten. Schon lange vor Parant (1888) sprach man von Modifikationen der *humeur*. Mendel führt eine reiche Literatur bis zum Jahre 1912 auf. Bei deprimierten, euphorischen, paranoiden und auch anderen pathologischen Ausdrucksformen des Charakterbildes kann man beinahe immer, besonders in frühen Fällen, eine auffallende Tendenz zur Entwicklung einer Art von Überspannung entdecken. Brissauds Scharfsinn bemerkte diese Tendenz schon lange auf motorischem Gebiet und nannte sie „muskuläre Ungeduld". Gutmann betonte kürzlich die starke Tendenz zu paranoider Reaktionsweise bei Enzephalitikern und Parkinsonkranken. Oft ist der Triebkonflikt, der sich in solchen Haltungen spiegelt, hinter der äußeren Maske größter Liebenswürdigkeit verborgen, gelegentlich auch hinter einer Euphorie, aber meistens gelingt es nicht so leicht, ihn zu kompensieren.

Aus vielen Gründen kann man zu der Meinung kommen, daß die Parkinsonschen Zustände ebenso auf unbewußte Faktoren in bezug auf ihre motorischen Haltungen untersucht werden können wie die verwandten Erscheinungen bei katatonen Schizophrenen. Erste Versuche zu solchen Sondierungen wurden bereits anderweitig publiziert.[4] Über die motorische Starre ist bereits reiches Material vorhanden. Einige andere bemerkenswerte Symptome wurden in früheren Arbeiten über die Atmungsphänomene, okulogyrischen und kephalogyrischen Krisen diskutiert und werden heute noch bei postenzephalitischen Tics und Zwangsphänomenen weiter untersucht. Von anderer Seite liegen ebenfalls viele Studien über die motorischen Phänomene vor. Wenn hier nicht

4) Jelliffe, S. E. Psychopathology and Organic Disease, Arch. of Neur. & Psych. 8, 639 (1922). The Neuropathology of Bone Disease, Trans. Am. Neur. Assoc., 49, 419 (1923). Unconscious Dynamics and Human Behavior, Prince Memorial Volume, 1925, S. 331. Somatic Pathology and Psychopathology at the Encephalitis Crossroads, Jl. Nerv. & Ment. Dis. 61, 561 (1925). Psychoanalyse und organische Störungen, Int. Ztschr. f. Psa. XII, 1926, S. 517. The Mental Pictures in Schizophrenia and in Epidemic Encephalitis, Am. Jl. Psych. VI, S. 413 (1927). Jelliffe u. W. A. White, Diseases of the Nervous System, Ed. I—V, Lea & Febiger, Philadelphia, 1915—1929.

weiter auf sie eingegangen wird, so hauptsächlich deshalb, weil dies in anderen Arbeiten in genügendem Maße geschehen ist.[5]

Nur einiges Wenige, was für diese Studie von besonderer Bedeutung ist, sei aus diesen Arbeiten angeführt. Winklers Diskussion der akustischen und Sprechapparate in einem Handbuch arbeitete zuerst die spezifische Problematik der motorischen Haltung der Kranken gegenüber ihrer Umgebung heraus. Später lenkte Schaltenbrand[6] in seinen bereits erwähnten Arbeiten die Aufmerksamkeit auf die motorische Reaktion „als Ganzes". Er spricht vom „motorischen Haushalt" und von der „Stimmung der Motorik" auf Grund der jeweiligen Reize der Außenwelt, deren Objekte im Anschluß an Darwin und Uexküll in „Feinde, Beute und Sexualobjekte" eingeteilt werden. So verändere z. B. ein Raubtier, das seine Beute erblickt, augenblicklich seine Motorik; es vermeide vor allen Dingen, gesehen oder gehört zu werden; es gehe gebückt, vermeide Mitbewegungen oder halte sich regungslos. Damit kommt Schaltenbrand dem nahe, was hier ausgeführt wird. Auch für uns ist die „Stimmung der Motorik" ein grundlegender Begriff, und wir behaupten nur, daß sie beim Menschen komplizierter ist als beim Raubtier und auf psychoanalytischem Wege dem Verständnis näher gebracht werden kann. Es ist ja unserer Meinung nach gerade das Bild des „Spannungszustandes", welches der Analyse bedarf und als Komplex von Affekthaltungen verstanden werden soll. Schon Schaltenbrand selbst machte auf das Parkinsonsche Syndrom aufmerksam und meinte, daß wir denselben Tremor, der in diesem Syndrom auftritt, auch bei Angst und Wut in Erscheinung treten sehen; er sagte auch, der Mensch befinde sich, ohne es zu wollen, in einer Lauerhaltung, Angst- oder Wuthaltung. „Ohne es zu wollen", darauf kommt es uns an. Es sind die unbewußten Gefühlseinstellungen, die diese ambivalente Haltung des Zurückweichens und der Herausforderung, des Angriffs und des Rückzugs verursachen. Endlich seien noch die zahlreichen Beiträge von Goldstein hier angeführt, sowie die aufschlußreiche und wertvolle Studie von Zutt,[7] dessen Begriff „innere Haltung" viele Analogien zu Schaltenbrands „Stimmung des motorischen Haushalts" sowie auch zur vorliegenden

5) Jelliffe, S. E. Mental Picture in Schizophrenia and in Epidemic Encephalitis, Am. Jl. Psych. VI, S. 413 (1927).

6) Schaltenbrand, G., Die Beziehungen der extrapyramidalen Symptomenkomplexe zu den Lage- und Bewegungsreaktionen, zum motorischen Haushalt und zu den Stammganglien, Deut. Zeit. f. N., 108, 209 (1929) (parti V). Siehe auch Kempfs kürzlich erschienene ausgezeichnete Ausführungen über das „Anhalten des Atems" bei Katatonien, Med. Jl. Record, 1930.

7) Zutt, J., Die innere Haltung, Monat. f. Ps. und Neur., 73, 52, 243, 330 (1929).

Diskussion der motorischen Symptome und des „Spannungszustands" aufweist.

Als ich einen enzephalitischen Patienten mit ausgesprochenem respiratorischen Syndrom beschrieb,[8] der später auch ein okulogyrisches Spasmen-Syndrom entwickelte, wies ich darauf hin, daß ein weiterer Beitrag über diesen Patienten zum Problem des Tremors, der motorischen Starre und der psychogenen Faktoren folgen werde. Ich gebe hier die Erweiterung der Krankengeschichte nach dieser Richtung.

Es handelt sich um einen jungen Mann, der mit achtzehn Jahren eine typische Attacke von Enzephalitis lethargica durchmachte. Nachdem er sich von der akuten Phase erholt hatte, blieb ein ausgesprochen respiratorisches Syndrom. Zwei Jahre nach der akuten Phase zeigte er:

1. Paroxysmale dyspnoische Anfälle, nasale und buccale Tics, Ausnahmezustände, Speichelfluß und tetanoide Krämpfe.

2. Parkinsonsche Haltung mit paroxysmalem oder interkurrentem Tremor, rechts ausgesprochener als links.

3. Charakteranomalien, die besonders im zweiten Jahre nach der akuten Attacke deutlich wurden.

4. Leicht fettglänzendes Gesicht.

5. Polydipsie und Polyurie.

Der junge Mann kam 1924 in analytische Behandlung. Es trat Besserung ein. Später entwickelte er einige okulogyrische Krisen, die auch beschrieben und veröffentlicht wurden (l. c.). Während der Analyse eines Traumes kam ein interessanter Punkt zum Vorschein. Hier folge zuerst der Traum:

Ich träumte, daß Jerry und ich auf einen Zug warteten. Ein Polizist rannte auf Jerry zu. Jerry schlug den Polizisten. Der Beamte packt Jerry. Ich stehe Jerry bei. Der Polizist (ein kräftiger, sechs Fuß langer, blonder Kerl) packt mich auch beim Kragen. Ich heule wie ein kleines Kind. Jerry heult auch. Er wandert mit uns eine Weile herum und nimmt uns dann in eine alte Hütte. In der Hütte ist ein alter, schmutziger Raum. In dem Raum ist ein altes italienisches Ehepaar. Im benachbarten Zimmer ist eine junge italienische Frau. (Während der Polizist mich festhält und zur Hütte nimmt, bedrohe ich ihn.) Unterdessen geht der Polizist in der Hütte ans Telephon. Wie er geht, sage ich zu Jerry: „Laß uns davonrennen." Jerry zögert einen Moment, dann stimmt er zu. Wir rennen in den Hof und verstecken uns hinter einem Schneehaufen. An dieser Stelle des Traumes wache ich auf.

8) Jl. Nerv. & Ment. Dis. 63, S. 357 (1926); Arch. of Neur. & Psych., 17, S. 627 (1929); Nervous & Mental Disease Monograph Series, Nr. 45, 1927.

Ich will hier nebenbei bemerken, daß die Niederschrift des Traumes auffälligerweise an der Stelle: „*shack, I am threatening*" (Hütte, ich bedrohe) einen ausgesprochenen Tremor zeigt. Ich besitze noch eine Menge anderen Materials, das bestätigt, daß der Tremor im Parkinson-Syndrom einem verdrängten Sadismus entspricht. Doch dies nur nebenbei.

So interessant und bedeutsam es ist, daß der Tremor uns die „innere Haltung" oder „Stimmung der Motorik" als durch Reaktionen auf unbewußte feindselige Impulse beherrscht nachweist, die sich im Zustande der Stauung befinden, noch charakteristischer ist die gebeugte Parkinsonsche Haltung der „Verteidigung", die man mit Verteidigungsstellungen bei antiken und modernen Statuen von Boxern, den Radierungen von Bellowes usw. vergleichen kann.

Daß auch sie einer Abwehr von Feindseligkeit entspricht, wurde deutlich, als ich gelegentlich seine Schultern aufrichtete und ihm sagte, er solle sich ein wenig zusammennehmen. Der Gesichtsausdruck wie auch die nun einsetzende Starrheit der Haltung zeigten sofort an, daß die „motorische Stimmungsreaktion" des Patienten eine aktualisierte Regung plötzlich zu unterdrücken hatte. Die Abwehr war genügend stark, um irgendeinen äußeren Ausbruch der Wut zu verhüten; aber der Gedanke der Wut war dennoch da. Am Schluß der Stunde fragte ich ihn, was ihm in den Sinn gekommen sei, als ich ihn aufrichtete. Erst zögerte er, aber dann brach er los: „Ich wollte sagen: ‚Hör auf — Gott verdamm' dich! Ich hasse dich!' Sie waren so wie mein Vater, der mich morgens immer aus dem Bett zu ziehen versuchte, der gottverdammte Hund." Und er verließ mich in sichtlicher Erregung.

Beim nächsten Besuch, sechs Tage später, erzählte er mir, daß er eine schreckliche Zeit durchgemacht habe. Er wollte nicht mehr zu mir kommen, wollte morgens überhaupt nicht aufstehen. Er war meistens im Bett geblieben und hatte sich scheußlich gefühlt. Wiederholt hatte er nach seiner Mutter gerufen, sie solle sich an sein Bett setzen und seine Hand halten. Er dachte an ihren Tod. Er war sehr bekümmert um sie. Sonntag blieb er den ganzen Tag im Bett. Er rief häufig nach seiner Mutter. Er hatte verschiedene Ausnahmezustände mit kalten Händen, Kontraktionen, starrem Gesicht und verkrampfter Kiefermuskulatur. Als er wieder zu Bewußtsein kam, hatte er ein warmes Gefühl der Freundschaft für mich. Augenscheinlich teilte er mir die Rolle der Mutter zu. In seiner Haltung zeigte sich übertriebene Unterwürfigkeit, wie sie Abraham als oralen Ursprungs gekennzeichnet hat.[9] Er erinnerte stark an die extreme Zutunlichkeit gewisser Präseniler sowie auch an

9) Abraham, Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Int. psa. V.

die große Freundlichkeit gewisser normaler Individuen mit starken überkompensierten sadistischen Tendenzen. (Merkwürdigerweise finden sich ähnliche Haltungen häufig bei Arthritis deformans, worauf ebenfalls schon aufmerksam gemacht wurde.)

Ein Beispiel für den Hyper-Spannungszustand bietet die bewußt als unbegründet erkannte paranoide Empfindung, daß er beobachtet werde. Oft macht er eine rasche Bewegung, um jemanden, der ihn beobachtet, zu ertappen.

Ein anderer Enzephalitis-Patient zeigt dieselbe Art von Hyper-Spannungszustand im Traum. *Er macht Grimassen vor einem Spiegel und wechselt sein Gesicht schneller als der Spiegel.* Sein Parkinsonismus war deutlich ausgeprägt.

Einige Träume des ersten Patienten sind geeignet, noch mehr Licht auf die verborgene sadistische Bedeutung der motorischen Haltung zu werfen:

Ich stehe im Ring als Boxer. Ich bin fertig gerüstet. Eine Menge Menschen herum. In der anderen Ecke ist ein Italiener. Er steht auf und spricht mit seinem Sekundanten. Ich stehe da, vor Furcht gelähmt. Ich setze mich, gerade bevor die Glocke ertönt. Wie sie ertönt, wache ich auf.

Ein anderer Traum:

Ich war im hinteren Teil eines Straßenbahnwagens und rauchte eine Zigarette. Der Schaffner nahm mich fest. Er führte mich am Arm zum vorderen Teil, und ich machte einen Versuch, mich loszureißen, aber er hielt mich fest. Dann bestand ich darauf, meinen Vater aufzusuchen, und er brachte mich in unseren Laden. Dann gingen Vater, der Schaffner und ich zum Richter in ein Zimmer wie dieses Sprechzimmer. Der Richter sagte meinem Vater, er solle die Geldstrafe in dem großen schwarzen Buch nachsehen. Es waren 5 Dollar 25. Er sagte dann dem Richter, er könne den Betrag nicht finden und der Richter ließ mich laufen, wobei er sagte, ich solle es nicht wieder tun.

Auch dieser Traum spiegelt die Notwendigkeit, die Neigung zu herausforderndem Benehmen aus Strafangst zu unterdrücken. — Ein dritter Traum:

Ich war Zeuge einer Hinrichtung im elektrischen Stuhl. Zwei Männer und eine Frau waren steif an den Stuhl gebunden. Es war ein großer, vergitterter Raum. Die Lichter wurden nach und nach schwächer. Ich schien gefesselt und konnte mich nicht rühren.

Dazu bemerkte der Patient: „Es war eine Art Alpdrücken. Ich hatte Angst. Es sah aus wie ein Unglück. Vielleicht dachte ich an den Snyder-Fall." (Sensationsfall, in dem eine Frau und ihr Liebhaber deren Ehemann

ermordeten und dann nach einem sensationellen Prozeß hingerichtet wurden.) „Die Frau war groß und schlank. Die Männer waren klein. Wie ich die Frau näher betrachte, gleicht sie einer mir bekannten Lehrerin. Die Lehrerin war eine Freundin meines Bruders, er hatte mit ihr ein Verhältnis. Zu dem einen der beiden Männer fällt mir B. B. ein, ein guter Freund von uns. Wenn ich sagen sollte, wer der andere war, so war es mein Bruder. Komisch, daß sie beide hingerichtet werden sollten. — Mord."

Elektrische Schläge: „Ich ließ mich oft von einem Automaten elektrisieren, wo man einen Penny hineinwirft. Ich wollte sehen, was ich aushalten kann. Einmal packte ich mit beiden Händen zu. Wie man versucht, einen Penis zu halten. Masturbation. Wie wenn man Hände und Füße gefesselt hätte. Wie wenn man ein Rennen mit gefesselten Füßen laufen sollte."

Das waren einige der Assoziationen zu diesem Thema. Sie zeigen, daß es sich in ihm um grausame, sadistische Strafphantasien für Ödipuswünsche handelt, besonders, wenn man sie im Zusammenhang mit andern ausgesprochenen Ödipusträumen desselben Patienten betrachtet. Ein Traum derselben Nacht zeigte deutlich das Verlangen, das gleiche Liebesobjekt zu besitzen wie der ältere Bruder. *Er seifte die Lehrerin am ganzen Körper weich ein und erwachte, wie er dabei war, sein Glied einzuführen.* Dieses Einseifen stammte aus seinen Masturbationsgewohnheiten. Der Zusammenhang der Geliebten des Bruders mit der Mutter wurde in einem weiteren Traumfragment derselben Nacht klar. *Er demonstrierte, wie gut die Matratzenfedern eines Bettes waren, indem er mit einer fünfzig Jahre alten Frau lebhaften Verkehr hatte.* Die Assoziationen zeigten, daß es sich um die Mutter handelte.

Die feindseligen Impulse gegen den Bruder-Rivalen und eine kompensierende, von Schuldgefühl getragene Liebe zu ihm waren offenbar. Dieser Bruder hatte sich jahrelang mit äußerster Aufopferung der Pflege des Patienten gewidmet. Sein Bedürfnis nach Strafe für die als schuldhaft empfundene unbewußte Feindschaft sowie auch sein Verlangen nach Abwehr der Homosexualität waren die hervortretenden Elemente seines Charakterbildes.

Das aktuelle Trauma — die enzephalitische Infektion — hatte einen Zustand der Hilflosigkeit hervorgerufen; die Idee, er sei an Händen und Füßen gefesselt, war nur eine der zahlreichen Erscheinungsformen dieser Hilflosigkeit; und daher seine von Schuldgefühlen in Schach gehaltene Regression in die Zeiten der frühen Kindheit, da man sich von der Außenwelt versorgen ließ und jede Versagung mit extremem Haß beantwortete. Diese Regression trat besonders klar zutage in den perversen Phantasien, die seine nunmehr exzessiv betriebene Masturbation begleiteten: Fellatio, Cunnilingus, Kanni-

balismus, Sodomie und sadistische Triebziele traten in seinen Phantasien auf. Ein gut Teil der dieser Regression auf prägenital-sadistische Phasen entsprechenden Fixierungen konnten anläßlich der Analyse seiner respiratorischen Symptome und der dyspnoischen Attacken erkannt und aufgelöst werden. Aber einige der tieferen Fixierungen blieben immer noch in gewissem Grade wirksam und lagen den Angsterlebnissen der mitgeteilten Träume zugrunde. Das Studium der Konflikte zwischen altem, objektzerstörerischem Triebverlangen und angstvoll-schuldbeladener Abwehr des Ichs im Zusammenhang mit solchen Enzephalitis-Fällen ist sehr empfehlenswert.

Es ist unmöglich, im Rahmen der vorliegenden Arbeit genauer darzulegen, inwieweit die Reaktion des psychischen Apparats auf den Krankheitsprozeß der Enzephalitis in einer regressiven Umgestaltung des Ichs und seiner Realitätsprüfung und inwieweit sie in einer Änderung der Funktion des Über-Ichs besteht. Jedenfalls werden die Triebabwehrkonflikte außerordentlich verstärkt. Das Schwanken zwischen objektfeindlichem und reaktivem Verhalten wird exzessiv. Die „Stimmung der Motorik" nimmt wieder primitive Formen an. Der Spannungszustand des Individuums beginnt, sich denjenigen gewisser toxischer Zustände zu nähern, wie sie als Begleiterscheinung mancher mystisch-religiöser Kulte oder unter der Einwirkung bestimmter Pharmaka auftreten. Das extreme Schwanken zwischen Liebe und Haß führt auch zu Extremen des motorischen Verhaltens. Beim hyperkinetischen Enzephalitiker, der sich im Zustande der Überspannung befindet, ist der Konflikt zwischen Trieb und Schuld wenigstens eine Determinante für einen Teil des motorischen Verhaltens.

Beiträge zur Psychologie der Homosexualität IV.[1]

Über zwei Typen von männlichen Homosexuellen[2]

Von

Felix Boehm

Berlin

„Der Wegfall eines starken Vaters in der Kindheit begünstigt nicht selten die Inversion";[3] das ist eine Erfahrung, welche seit vielen Jahren von allen Analytikern immer wieder bestätigt worden ist. Hingegen hat Hárnik auf der Dresdner Tagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft darauf hingewiesen, daß männliche Homosexuelle zuweilen einen starken, vielleicht brutalen Vater haben. Der erste Patient, bei welchem ich zu Beginn meiner analytischen Praxis ein ungewöhnlich hohes Maß von, ihm freilich nicht bewußter, Zuneigung zum eigenen Geschlecht bemerken konnte, hatte einen ungewöhnlich egoistischen und brutalen Vater gehabt, welcher sich im Familienleben jede Freiheit und ein häufiges Sichhinwegsetzen über die Schranken der in seinen Kreisen sonst üblichen gesellschaftlichen Formen gestattet, aber von seinen Familienangehörigen unbedingte Pflichterfüllung und ein ständiges Einhalten aller Gebote von Zucht und Ordnung verlangt hatte. Er hatte sich fast gar nicht um meinen Patienten gekümmert, ihn aber mit drakonischen Mitteln angehalten, seine Schulaufgaben zu erledigen. Auf diesen Patienten traf zu, was ich in meiner Studie über „Kindheitskonflikte und Homosexualität"[4] gesagt habe: „Wenn dem Sohn jeder Lebensgenuß vorenthalten wird, ihm nur Arbeiten und Pflichten vom Vater gepredigt werden, so kann in ihm die Freude am Leben, auch am sexuellen Genuß ertötet werden. Der Sohn kann in dem Maße eingeschüchtert werden, daß er sich

1) Vergl. Int. Ztschr. f. Psa., VI, 1920; VIII, 1922, u. XII, 1926.

2) Nach einer am 12. I. 1932 in der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft vorgetragenen „Kleinen Mitteilung".

3) Freud: „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Ges. Schr., Bd. V, S. 19.

4) Ztschr. f. psa. Pädagogik, VI, 1932.

an kein Mädchen herantraut und in der Entwicklung seines geschlechtlichen Empfindens auf einer frühen Entwicklungsstufe stehenbleibt"; d. h. in diesem Falle hatte der Patient eine größere Zuneigung zu Männern als zu Frauen beibehalten. Zwar hatte er seinen Vater bewußt gründlich gehaßt und gleich nach seinem Tode viele Gegenstände desselben zerhackt und verbrannt, jedoch überwog die Angst vor seinem Vater. Derselbe Patient fiel mir anderseits durch eine besonders entwickelte Analerotik auf; z. B. war seine ganze Lebensführung davon abhängig, ob er eine ihm zusagende Toilette vorfand. — Ein charakteristischer Traum dieses Patienten lautet folgendermaßen: *‚Ich befand mich auf einer kastenförmigen Kindertoilette und rutschte mit derselben, die Mutter suchend, hin und her; schließlich fand ich die Mutter auf einer Bank und stellte meinen Kasten hocherfreut daneben hin. Ich hatte die stille Hoffnung, daß die aufsteigenden Düfte bis zu ihr dringen und ihr einen Gruß von meiner Anwesenheit übermitteln würden.‘*

Das Auftreten von Analerotik und Homosexualität bei derselben Person fiel mir auf; obgleich die Homosexualität dem Patienten nicht bewußt geworden war und sich nie in manifesten Handlungen geäußert hatte, mußte ich an Freuds Worte[5] denken: „Bei den Inversionstypen ist durchweg das Vorherrschen archaischer Konstitutionen und primitiver psychischer Mechanismen zu bestätigen. Die Geltung der narzißtischen Objektliebe und die Festhaltung der erotischen Bedeutung der Analzone erscheinen als deren wesentlichste Charaktere."

Tiefere Zusammenhänge zwischen Analerotik und Homosexualität habe ich später durch die Behandlung eines manifest homosexuellen jüngeren Patienten erkannt. Er berichtete: „Soweit ich mich erinnern kann, habe ich selten, d. h. nur alle zwei bis drei Tage mit Mühe Stuhlgang gehabt" — darauf beschreibt er ausführlich seine anale Onanie: — „dadurch habe ich meinen Kot zum Penis gemacht und bin zum passiven coitus per anum vorbereitet worden". Als Jüngling hatte er mit sehr vielen Männern kürzer oder länger dauernde manifeste homosexuelle Beziehungen, in welchen jede Art von homosexueller Betätigung aufgetreten war, mit Ausnahme eines coitus per anum. Nachdem er von einem etwas älteren und erfahreneren Manne, in den er heftig verliebt war, gezwungen worden war, an sich die paedicatio vornehmen zu lassen, hatte sich sein ganzes Leben verändert; „mich per anum koitieren zu lassen, war gewissermaßen ein Selbtsmord, eine vollkommene Aufgabe der Persönlichkeit". Er hatte nach seinen eigenen Schilderungen alle Ideale und alle Interessen vollständig verloren, mit Ausnahme eines ein-

5) Ges. Schr., Bd. V, S. 19.

zigen: möglichst schnell in seinem Beruf vorwärts zu kommen, angesehen, mächtig und reich zu werden.[6] In dieser Beziehung hatte er es auch trotz seiner Jugend ungewöhnlich weit gebracht, dabei einen ausgesprochen analen Charakter entwickelt. Während dieser Lebensperiode betätigte er sich seinen homosexuellen Freunden gegenüber, auch wenn die Beziehungen nur in gegenseitiger Masturbation bestanden, ausgesprochen sadistisch. Von da ab ließ sich in seinen Beziehungen zu Männern ein bestimmter Typ klar herausschälen: Ein jüngerer, geistig unter ihm stehender, schwächlicher, in seiner Heterosexualität labiler Jüngling. Einen solchen verführte er in verschiedenen Fällen mit Erfolg zu verschiedenen gegenseitigen homosexuellen Betätigungen, machte ihn der Frau untreu und verfolgte ihn gleichzeitig mit starkem Sadismus. Gegenüber diesen jüngeren Freunden hatte er die verschiedensten Kastrationsphantasien; er berichtete mir auch, daß der ihm geläufige Ausdruck für homosexuelle Betätigungen das Wort „schwächen" wäre. In Berliner homosexuellen Kreisen sagt man für „jemanden onanieren" auch „jemanden unschädlich machen". — Zusammenfassend kann ich sagen, daß dieser Patient, seitdem er zum erstenmal per anum koitiert worden war, einen ausgesprochen analsadistischen Charakter enwickelt hatte.

Daß bei männlichen Homosexuellen ihren sogenannten Freunden gegenüber unverhüllte Kastrationstendenzen vorhanden sind, habe ich schon in meinem Würzburger Vortrag über „Homosexualität und Ödipuskomplex"[7] dargelegt. — Nachdem mein Patient nach einem längeren Stück Analyse bei mir mit Recht konstatiert hatte, die Analerotik sei ihm gleichgültig geworden, manifestierte sich seine Homosexualität hauptsächlich in einem weitgehenden Interesse für die männlichen Genitalien, insbesondere in einem Beschauen derselben.

Diesem jugendlichen Patienten, welcher während seiner analsadistischen Entwicklungsepoche seinen Freunden gegenüber gelegentlich einen ausgesprochenen Sadismus gezeigt hatte, möchte ich einen anderen jugendlichen Patienten gegenüberstellen, welcher zwar auch ausgesprochen geizig und trotzig war und auch jede Art von homosexueller Betätigung kennengelernt hatte, dessen Hauptschwierigkeit in der sehr langen Behandlung aber die

6) Sadger betont in seinem Aufsatz „Ketzereigedanken über Homosexualität", Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik, herausg. v. Hans Gross, 1914, Bd. 59, die Wichtigkeit des Schutzes Minderjähriger vor sexuellen Verführungen und tritt für denselben nochmals in seinem Werke „Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen" (S. 156) ein.

7) Int. Ztschr. f. Psa., XII, 1926, S. 66.

Überwindung des Narzißmus war. Er stellte große Anforderungen an meine Persönlichkeit, meine Opferwilligkeit, fühlte sich von mir nicht genügend gefördert, tadelte an mir, ich entspräche seinem Ideal nicht, könnte ihm als Lehrer nicht genug bieten. Seine Beziehungen zu allen seinen Lehrern waren daran gescheitert, daß sie seinen überspannten Anforderungen nicht entsprochen hatten. Auch in diesem Fall tauchten in der Analyse wiederholt aktive Kastrationsphantasien auf, aber im Vordergrund des Bildes stand doch die grenzenlose Selbstverliebtheit, welche ihm jede wirkliche Verbindung mit einem Manne auf die Dauer unmöglich gemacht hatte.

Noch lange nachdem er schon zu ihn sehr befriedigenden psychischen und körperlichen Relationen zu Frauen gekommen war, besuchte er nach jeder geringfügigen psychischen Erschütterung Örtlichkeiten, in welchen er Männer beim Urinieren beobachten, d. h. sich deren Genitalien ansehen konnte. Ich bemerke nebenbei, daß es männliche Homosexuelle gibt, deren einziges Sexualziel das Beschauen der männlichen Genitalien ist, insbesondere wenn sie vermuten können, daß deren Träger heterosexuelle Beziehungen haben.

Wenn ich diese Gegenüberstellung verallgemeinere — und ich darf es wohl auf Grund eines größeren Beobachtungsmaterials —, so komme ich zu dem Resultat, daß man in extrem entwickelten Fällen zwei verschiedene Typen von männlichen Homosexuellen unterscheiden kann, nämlich einen analsadistischen und einen narzißtischen.

Meine Beobachtungen lehren mich ferner, daß der analsadistische Typ gewöhnlich unter dem Einfluß eines brutalen Vaters stand, der narzißtische unter dem eines femininen, häufig in sich selbst oder in andere Männer verliebten Vaters, welcher der Frau gegenüber eine geringe Aggression besaß. Für diese Behauptung will ich einige Beispiele aus meiner Praxis bringen:

Der Vater des eben erwähnten narzißtischen Patienten hatte frühzeitig seine Potenz verloren; er war stark in seinen Sohn verliebt, verweichlichte ihn sehr und behandelte ihn allzufrüh als gleichberechtigten Kameraden, z. B. pflegte er seinen kleinen Sohn zu animieren, mit ihm zusammen im W. C. zu urinieren. Die offenbar vorhandene Begabung des Sohnes betete er frühzeitig an und fand sie einzigartig.

Ein Patient, welcher sich seit vielen Jahren mit starken Hemmungen homosexuell zu betätigen versucht hatte, berichtete mir, daß er von frühester Kindheit an getrennt von seiner Mutter leben mußte und ganz der Willkür seines schrullenhaften und pedantischen Vaters ausgeliefert war, welcher ihn je nach seiner Laune körperlich oder psychisch quälte, wenn er sich nicht allen wechselnden Anschauungen seines Vaters fügen konnte. Ich möchte nun

einige Einzelheiten aus seiner Analyse erwähnen, welche seine Fixierung an die analsadistische Entwicklungsstufe beweisen:

Unter größten Schwierigkeiten förderte er in langer analytischer Arbeit die Erinnerung zutage, daß er als kleines Kind von seiner Hausdame klistiert worden war; durch diese Aufdeckung verlor sich seine Angst vor bestimmten Verkehrsmitteln. Später gelang es ihm, mühsam und konsequent den für ihn sehr bedeutungsvollen Sachverhalt herauszuarbeiten: eine Erzieherin hatte ihn zur Reinlichkeit angehalten, ihm seine Exkremente weggenommen, aber ihm ihrerseits kein entsprechendes Geschenk gemacht. Nach einiger Zeit berichtete er, daß er sich zum erstenmal in einem ihm bekannten Kreise von Homosexuellen frei und hemmungslos betätigen konnte, zum erstenmal in seinem Leben aktiv und mit Genuß koitieren konnte; „neulich habe ich einen Mann per anum koitiert; es tat ihm weh, er zuckte zusammen, ich hatte die Empfindung, ihn defloriert zu haben; ich dachte aber: das ist recht so, es soll ihm wehtun! Einen Genuß bei diesem Akt hatte ich wahrscheinlich, weil mein Penis eng von einer Körperöffnung umschlossen wurde. Aber auch die Vorstellung, mit Exkrementen in Berührung zu kommen, muß sehr anziehend sein". Patient berichtete etwas später, daß er manchmal in angeheitertem Zustand versucht hat, mit seinen Händen den Bauch seiner Freunde zu drücken; alle Männer wehrten ab und hatten kein Verständnis für diese Neigung. Er knüpfte daran folgende Phantasien: „Wenn ich einen Mann per anum koitiere, gleichzeitig seinen Bauch mit den Händen drücke und knete, so habe ich die Vorstellung, auf diese Weise einen Kotwiderstand gegen meinen Penis zu erzeugen oder ein anales Kind mit meinem Penis zu erstechen." Die Einfälle zu einem späteren Traum faßte er folgendermaßen zusammen: „Das weibliche Genitale, welches auch eine Körperöffnung ist, ist minderwertig und weniger anziehend, weil in demselben keine Exkremente sind."

Von einem späteren Verkehr berichtete er: „Ich suchte eine Öffnung, und die hatte ich gestern bei einem jungen Mann gefunden, der mir an sich ganz gleichgültig war; daß der Mensch auch an der Öffnung hing, interessierte mich gar nicht." Hier erscheint der coitus per anum als eine fast autoerotische Betätigung, was ich für diese Art der sexuellen Vereinigung von Männern nicht verallgemeinern möchte; aber jedenfalls pflegt die gefühlsmäßige Bindung unter Männern, welche die gegenseitige Masturbation bevorzugen, viel intensiver zu sein. Ein besonderes Interesse für die Genitalien anderer Männer habe ich bei diesem Patienten, welcher von seinem Vater, wie gesagt, in sklavischer Abhängigkeit erzogen worden war, in langer und gründlicher Analyse nie bemerkt. Sein früher versteckter Haß gegen seinen Vater wurde

unter anderm bei folgenden Gelegenheiten manifest: Einmal berichtete er mit ausgesprochener Schadenfreude, einen pedantisch-sadistischen Vorgesetzten in einem homosexuellen Lokal angetroffen zu haben; einer der ersten Männer, die er per anum koitiert hatte, war ein älterer Herr, welcher in einem früheren Stück Analyse als deutliche Vaterersatzfigur vorgekommen war.

Ein anderer homosexueller Patient berichtete mir, daß sein Vater ein praktischer, erfolgreicher, aber engherziger Mann war, der ihm noch als längst erwachsenem Manne strengste Vorschriften über sein Sexualleben zu machen versuchte. In das Liebesleben seines Sohnes hatte er mehrfach kategorisch eingegriffen. Die Angst des Patienten vor seinem Vater kommt in einem heterosexuellen Traum deutlich zum Ausdruck: „*Im Schlafwagen ist es so heiß. Es kommt ein dürftig bekleidetes Mädchen herein. Ich gehe auf sie zu und will ihr meinen erigierten Penis zeigen. Dabei veranlaßt sie mich, eine Stellung einzunehmen, bei welcher die Szene dem im Hintergrund schlafenden Vater verhüllt wird.*“

Nachdem Patient als fast erwachsener Mann in seinem Gefühlsleben von seinem Vater aufs heftigste schockiert worden war, ging er seine erste homosexuelle Beziehung ein, und zwar zu einem kräftigeren Mann, von dem er an sich wiederholt die paedicatio ausüben ließ. Während dieser Periode seines Lebens hatte er Phantasien, sich von einer großen Schar Männer koitieren zu lassen. In seinen Träumen tauchten wiederholt Exkremente in reichem Maße auf, z. B., daß er in einer Wanne voller Exkremente baden mußte; ein anderer Traum lautete: „*Da ist eine Badeeinrichtung, es baden ältere Leute; ich bade auch; es kommt sehr bald eine braune Flüssigkeit aus der Leitung. Der Blick aus dem Fenster zeigt, daß das Badehaus in einer Mulde liegt; der Kaffeesatz kommt aus den Abwässern hoch.*“

Eine andere Einzelheit aus einem Traum: „*Ich bin in einer schneebedeckten Waldlichtung; da wird es an den Seiten des verschneiten Bodens lebendig; es sind kleine, wie aus braunem Stoff zusammengesetzte Männer, die in einzelne Teile zerfallen und dann liegenbleiben.*“[8]

Soweit in seinen Träumen Symbole für genitale Vorgänge vorkamen, waren alle mit Einzelheiten aus der analen Entwicklungsstufe durchmischt. Ein Traum lautet: „*Ich gehe eine Kellertreppe hinunter. Unten ist ein großer Abort. Hier kauert sich ein junger Mann in einer Nische zusammen, ist ganz klein geworden und will von mir per anum koitiert werden. Ich uriniere in einen Schleimhauttrichter, wie in einen After, der mit meinem eigenen Kör-*

8) In Boas' „Indianischen Sagen“ von der Nordwestküste Amerikas ist die Entstehung von Menschen aus Exkrementen mehrfach beschrieben, z. B. auf S. 172.

per zusammenhängt und der in ansehnlicher Breite wie ein Riesenpenis vor meinen Oberschenkeln hängt."

Nach diesen Einzelheiten aus dem intimen Leben invertierter Männer erlaube ich mir einige theoretische Feststellungen abzuleiten: Wenn Freud in seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie"[9] sagt: „Die Geltung der narzißtischen Objektwahl und die Festhaltung der erotischen Bedeutung der Analzone erscheinen als deren wesentlichste Charaktere" (bei den Inversionstypen), so ist das sicher richtig, aber die beiden Charaktere brauchen meines Erachtens durchaus nicht vereint aufzutreten — und das betont ja auch Freud selber, wenn er sagt:[10] „Die wichtige festzustellende Tatsache ist, daß das Sexualziel bei der Inversion keineswegs einheitlich genannt werden kann, bei Männern fällt Verkehr per anum durchaus nicht mit Inversion zusammen; Masturbation ist ebenso häufig das ausschließliche Ziel, und Einschränkungen des Sexualzieles — bis zur bloßen Gefühlsäußerung — sind hier sogar häufiger als bei der heterosexuellen Liebe."

Weiter heißt es bei Freud:[11] „Zwei Gedanken bleiben nach diesen Erörterungen immerhin bestehen; daß auch für die Inversion eine bisexuelle Veranlagung in Betracht kommt, nur daß wir nicht wissen, worin diese Anlage über die anatomische Gestaltung hinaus besteht, und daß es sich um Störungen handelt, welche den Geschlechtstrieb in seiner Entwicklung betreffen." Diese Störungen können nach meinen Beobachtungen vorzugsweise entweder auf der analsadistischen Entwicklungsstufe oder in der narzißtischen Phase auftreten. Berücksichtigt werden muß für die Invertierten, welche die paedicatio bevorzugen, die besondere Rolle der Exkremente. Ein homosexueller Patient erzählte nach längerer Analyse, durch welche er zeitweise zu genußreichem heterosexuellen Verkehr gekommen war, von einer Wiederaufnahme der Beziehungen zu einem früheren Freunde: „Nach längeren vergeblichen und qualvollen Versuchen gelang es mir schließlich, durch Berühren des Afters mit meiner Zunge zum Orgasmus zu kommen." Ein anderer erzählte: „Wenn ich Husaren sah, welche eine kurze Jacke mit einem Schlitz trugen, der sich ab und zu öffnete, mußte ich zwangsweise an deren Exkremente denken."

Über Autoerotismus und Narzißmus sagt Freud in seiner Arbeit „Zur Einführung des Narzißmus":[12] „Ehe ich weitergehe, muß ich zwei Fragen berühren, welche mitten in die Schwierigkeiten des Themas leiten. Erstens: Wie verhält sich der Narzißmus, von dem wir jetzt handeln, zum Autoero-

9/10) Ges. Schr., V. Bd., S. 19.
11) Ges. Schr., V. Bd., S. 16.
12) Ges. Schr., Bd. VI, S. 158 u. 159.

tismus, den wir als einen Frühzustand der Libido beschrieben haben? ... Zur Frage ... bemerke ich: es ist eine notwendige Annahme, daß eine dem Ich vergleichbare Einheit nicht von Anfang an im Individuum vorhanden ist; das Ich muß entwickelt werden. Die autoerotischen Triebe sind aber uranfänglich; es muß also irgend etwas zum Autoerotismus hinzukommen, eine neue psychische Aktion, um den Narzißmus zu gestalten."

Es gibt meines Erachtens also zwei Arten von männlichen Homosexuellen; solche, bei denen die narzißtische Phase noch nicht erreicht ist oder eine weitgehende Regression in das autoerotische Stadium stattgefunden hat, und solche, bei welchen die Fixierung an die narzißtische Phase ausschlaggebend, die Fixierung an die analsadistische Entwicklungsstufe aber von geringerer Bedeutung ist.

Selbstverständlich werden in allen Analysen beider Typen auch frühere Ödipussituationen aufgedeckt; auch die in denselben entstandene Angst vor dem Vater, insbesondere die Kastrationsangst, welche zur Regression auf frühere Entwicklungsstufen geführt hat, und weitere, die Regressionen begünstigende Einflüsse, wie Vorstellungen von der Männlichkeit der Frau, und die Angst, welche sie durch ihr mächtiges Genitale einflößt. Die Beziehungen zwischen Ödipuswünschen und Kastrationstendenzen zeigt eine häufig aufgetretene Phantasie eines homosexuellen Patienten: „Mein sexueller Partner, ein jüngerer Mann, will eine Frau mit seinem enormen Penis koitieren; ich fahre im letzten Augenblick mit der Hand dazwischen, um ihn zu stören, oder ich onaniere denselben, um ihm den Koitus unmöglich zu machen"; im Verlauf der Analyse änderte sich die Phantasie in der Weise, daß sein Partner ein älterer, starker Mann war. Die Kastrationsangst dieses jugendlichen Patienten bedarf wohl keiner weiteren Erklärung, ebensowenig die aus letzterer resultierenden Tendenzen zur Regression der Libido.

Alle Einzelheiten der hier mitgeteilten Analysen stammen von Homosexuellen des analsadistischen oder des narzißtischen Typus; in allen mir bekanntgewordenen Fällen hatte der erste Typus einen brutalen Vater, welcher die Lebensfreude des Sohnes mit Gewalt zu unterdrücken versucht hatte; der narzißtische Typus einen in seinen Sohn verliebten Vater mit schwacher Potenz, welcher den Narzißmus des Sohnes weitgehend gefördert hatte. Ich würde es sehr begrüßen, wenn die hier mitgeteilten Ergebnisse aus Analysen einer naturgemäß beschränkten Zahl von Patienten mit den Erfahrungen anderer Forscher verglichen würden.

Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen*

Von

Therese Benedek

Leipzig

Ich müßte zuerst einiges als captatio benevolentiae sagen, weil ich Ihre Zeit für zwei Krankheitsfälle in Anspruch nehme, die als organisch-funktionell bedingte Zustände nicht in das engere Arbeitsgebiet der Psychoanalyse gehören und auch nicht psychoanalytisch behandelt worden sind. Es sind zwei Fälle von Thyreotoxicosen, die aber durch ihren in kurze Zeit gedrängten Ablauf und durch die relative Übersichtlichkeit ihrer Mechanismen so vieles boten, was auch den Psychoanalytiker interessieren kann, daß ich mich entschlossen habe, sie hier zu veröffentlichen.

Die Literatur der Thyreotoxicosen ist schier unendlich; aber die Angaben und Veröffentlichungen über die psychischen Zustände bei denselben bewegen sich meistens in allgemeinen Beschreibungen. Es ist bekannt, daß thyreotoxische Zustände, also Zustände, die als Folge der gesteigerten Funktion der Schilddrüse anzusehen sind, mit verschiedenen nervösen und seelischen Veränderungen einhergehen. Psychische Unruhe, Steigerung des psychischen Tempos, gesteigerte Reaktion auf seelische Eindrücke mit raschem Gedankenablauf, mit Ideenflucht, Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel, bald unmotiviert heitere Euphorie, bald Melancholie und Depression sind die Charakteristika der hyperthyreotischen Zustände. Es gibt auch echte psychotische Zustände, von denen eine sehr große Prozentzahl der Fälle das manisch-depressive Zustandsbild zeigt. Nach den Angaben von Parhon[1] waren von 86 Basedow-Psychosen 57 manisch-depressiv. Es besteht eine gewisse Unklarheit darüber,

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft am 26. November 1932.

1) Parhon: Über das Vorkommen von verworrener Manie bei einer Kranken von Schilddrüsenhypertrophie. (Wien. klin. Wchschr., Bd. 65, 1915.)

ob und inwiefern man der Hyperthyreose selbst eine ätiologische Bedeutung bei diesen Zuständen beimessen soll. Für die Auffassung sprechen Beobachtungen, nach denen diese Zustände durch die Behandlung des Grundleidens weitgehend gebessert worden sind, und auch die Beobachtung, daß solche Zustände durch Zufuhr von Schilddrüsenpräparaten ausgelöst werden können. Dagegen sprechen wiederum die Beobachtungen, die zeigen, daß in den meisten Fällen psychische Motive nicht auszuschließen sind. Es ist bekannt, daß nicht nur der Hyperthyreoismus eine gesteigerte nervöse Erregbarkeit zu schaffen vermag, sondern auch umgekehrt, daß starke psychische Erregungen Thyreotoxicosen aktivieren und akut, schockartig Morbus Basedow hervorrufen können. Der kausale Zusammenhang zwischen Morbus Basedow, Hyperthyreosen und Psychosen ist noch keinesfalls geklärt; trotzdem schreibt Ewald:[2] „Es ist mehr als Zufall, daß sich die Kombination gerade von manisch-depressivem Irresein und Basedow so häufig findet."

Ich möchte hier über zwei Fälle ausführlicher berichten, die meines Erachtens geeignet sind, den Ablauf des psychischen Prozesses in dem depressiven Krankheitsbild zu zeigen und auch vielleicht einige Anhaltspunkte dafür zu liefern, warum die manisch-depresssiven Zustandsbilder als Folge und Begleiter der Thyreotoxicosen so häufig entstehen.

I. Bei dem ersten Fall äußerte sich die depressive Verstimmung als eine Phobie. Es handelte sich um eine 33 Jahre alte Patientin, die im Juli 1931 plötzlich nach einer seelischen Erschütterung an Morbus Basedow erkrankte. Wegen dieser Krankheit, die alle klassischen Symptome aufwies und durch Stoffwechseluntersuchung auch kontrolliert wurde, war sie in der Medizinischen Poliklinik in Leipzig in Behandlung und wurde von dort zu mir gewiesen, weil sie an maßlosen Angstzuständen litt, deren Inhalt folgender war: sie wagte nicht, in ihre Küche zu gehen, weil sie Angst vor der Balkontüre hatte.

Als die Patientin zu mir kommt, ist sie ängstlich erregt, weint, ist gesperrt und spricht ganz verworren. Auf die Frage, ob sie Kinder hätte, antwortet sie: „Drei Stück", und beschuldigt sich verworren, daß sie an dem Tod ihres einzigen Sohnes schuld sei, ebenso wie sie das Leben ihrer ältesten Tochter, die schwer krank in der Klinik liegt, auf dem Gewissen hätte. Aber das alles interessierte sie nicht. Ihr momentaner psychischer Zustand wird beherrscht und ausgefüllt allein durch die Angst. Sie hat Angst vor der Balkontür, und deswegen kann sie auch nicht allein in ihrer Wohnung bleiben.

Die oberflächliche Geschichte dieser Balkontürphobie ist folgende: In dem Hause, in dem die Patientin wohnte, wohnte eine Familie B.; Frau B. war krank, vereinsamt, melancholisch und suchte die Freundschaft der Patientin. Diese Frau B.

2) G. Ewald: Psychosen bei endokrinen und Stoffwechselerkrankungen. (Handbuch der Geisteskrankheiten. Herausgegeb. von Bumke. Bd. 7, Spez. Teil 3. Springer, Berlin.)

beging zuerst im Frühling 1931 einen Suizidversuch. Auf Veranlassung der Patientin wurde Frau B. damals in die Nervenklinik gebracht, aber bald entlassen. Kurz danach erhängte sich Frau B. in ihrer Küche an der Balkontür. Die Patientin war über diesen Todesfall sehr erschrocken; aber bald fühlte sie, wie in ihr eine Abwehr aufstieg. Sie wollte von Frau B. nichts mehr hören, nichts mehr wissen, sie wollte mit dem Ehemann der Verstorbenen nicht sprechen, ihr verwaistes Kind konnte sie nicht mehr ansehen. Es lastete schwer auf ihr, nur wußte sie nicht was, und sie sagte zu sich und zu ihrem Manne: „Hätte ich nur die Frau B. nie gekannt." Sie fing an, die Menschen zu meiden, die Frau B. gekannt hatten, weil sie befürchtete, man würde sie nach ihr fragen; zugleich fahndete sie ständig nach Selbstmordvorfällen, und fand sehr viele solche. Plötzlich hatte ihre Unruhe und Angst feste Formen angenommen. Sie hatte Angst, in die Küche zu gehen, sie hatte Angst vor der Balkontür. Sie will nicht mehr in der Wohnung bleiben. Sie reist in ihre Heimat, wo ein Arzt den Verdacht auf Basedow ausspricht. Als sie zurückkommt, findet sie in der neuen Wohnung auch keine Ruhe; ihre Symptome steigern sich, so daß sie sich in Behandlung begeben muß.

Wir haben hier den Eindruck, daß ein psychischer Schock den Morbus Basedow aktivierte. Bei genaueren anamnestischen Nachforschungen ergeben sich einige Anhaltspunkte, die auf eine eventuell frühere Dysfunktion der Schilddrüse schließen lassen könnten. (Patientin war frigid und hatte eine kleine inaktive Struma gehabt, die Menses waren gering und von sehr kurzer Dauer.)

Aus der psychischen Anamnese der Patientin will ich kurz nur folgendes erwähnen: sie stammt aus einer kleinbürgerlichen Familie und war das jüngste von zehn Geschwistern. In der Familie „stimmte nicht alles". Die Mutter war hysterisch, drohte oft mit Suizid und litt wahrscheinlich an Morbus Basedow. Die Patientin hing mit Liebe an der Mutter. Sie war ein sehr lebenslustiges, frohes Mädchen, das bewußt aus diesem Milieu herausstrebte und die Sicherheit einer guten Ehe ersehnte. Sie heiratete mit 19 Jahren ihren jetzigen Mann.

Sie war eine lebenslustige, flotte Frau, die sich wenig Kummer über etwas machte, das Geld gern und leicht ausgab, ein bequemes Leben liebte und sich nicht allzuviel um ihren Haushalt kümmerte, also ohne besondere Pflichtgefühle und Schuldgefühle lebte. Einen auffallenden Zug hatte sie aber immer gehabt. Sie konnte nicht ertragen, daß jemand krank war, daß jemand Schmerzen hatte. Wenn ihr ältestes Kind, das schwer herzleidend war, einen Anfall hatte, mußte sie aus dem Zimmer laufen, ebenso wenn ihr Mann oder sonst jemand krank wurde; sie ist von einer solchen Angst gequält worden, daß sie weggehen mußte. Wir sehen, daß die Patientin auf jede Krankheit mit Identifizierung reagierte. Aber sie galt immer als gesund bis zu dieser Erschütterung bei dem Suizid der Frau B.

Nach dieser Erschütterung entwickelte sich ein depressiv erregtes Zustandsbild mit dem Inhalt einer Phobie. Es ist unschwer zu erkennen, daß hinter dieser Phobie eine echte depressive Idee steckt: „I c h w e r d e m i c h e r h ä n g e n w i e F r a u B. I c h m u ß m i c h e r h ä n g e n w i e F r a u B." Diese Idee, die durch die Identifizierung ausgelöst wurde, wird aus dem Bewußtsein ausgesperrt. Die Patientin erlebt eine Erschütterung und Überraschung, als ich ihr den Sinn ihrer Balkontür-Phobie so deute. Die Aggression, die als Folge dieser Identifizierung in der Patientin frei wird,

verändert die Beziehung zwischen Über-Ich und Ich. Die Patientin, die bisher ohne Gewissensschwierigkeiten durch das Leben ging, empfindet auf einmal alles das, was sie bisher leicht ertragen konnte, als schwere Schuld und leidet darunter. Ihre Selbstbeschuldigungen erweisen sich als akut übertrieben. Die Abwehr gegen diese Schuldgefühle zeigt sich auch schon darin, daß sie in ihrem Bewußtsein die Schuldgefühle und die Angst nicht in einen kausalen Zusammenhang bringt. Die Angst vor der Balkontür lebt in ihrem Bewußtsein ganz isoliert, und die weinend verzweifelten Selbstbeschuldigungen kommen ihr nicht als Grund zum Suizid ins Bewußtsein. Dieses Absperren der Schuld, die Verdrängung der eigenen Selbstmordgedanken ist eine Form der Abwehr, mit welcher das Ich gegen die freigewordene Aggression ankämpft. Die Angst (die bei diesem Prozeß entsteht) wird nach außen, auf die Balkontür, projiziert, und sie versucht, die Balkontür zu meiden, um der inneren Nötigung zum Selbstmord zu entfliehen.

II. Der zweite Fall, den ich nun ausführlich schildern will, bot viel mehr Aufschluß über die physiologische und psychologische Genese und über den Ablauf der depressiven Zustandsbilder bei Hyperthyreosen.

Es handelt sich hier um eine 34 Jahre alte Patientin. Nach ihren eigenen Angaben ist sie erst seit 5½ Monaten krank, als sie mich aufsucht. Sie ist eine magere Frau von sehr erregtem Aussehen. Die Augen sind ziemlich weit geöffnet, aber ohne besondere basedowoide Merkmale. Sie erzählt, daß sie vor 5½ Monaten in eine neue Wohnung umgezogen ist. Schon während des Umzuges und noch mehr in der neuen Wohnung wurde sie von einer großen Unruhe befallen. Die Unruhe kristallisierte sich in dem depressiven Gedanken, daß sie ihre Wohnung gesetzwidrig besäße; sie hätte ein Zimmer mehr, als ihr nach den Bestimmungen der Wohnungszwangswirtschaft zukäme. Sie fühlt sich deswegen schuldig und hat große Angst; sie ließ sich nicht damit beschwichtigen, daß die Wohnung ihr durch das Wohnungsamt rechtmäßig zugebilligt worden war. Sie ist sogar einmal auf das Wohnungsamt gegangen und hat sich dort selbst angezeigt. Sie wurde beruhigt; aber ihre Unruhe, die Angst und die Schuldgefühle hörten nicht auf, sie zu quälen. Sie verreiste, um sich zu erholen. Da steigerte sich die Angst, aber sie hatte auf einmal den Inhalt gewechselt. Die ganze Schuld und Sorge um die Wohnung war plötzlich wie weggewischt, und sie bekam die Idee, daß sie an der Ermordung eines jungen Mädchens schuld sein könnte, das im Erzgebirge durch einen Lustmörder ermordet worden war, den Mörder hatte man aber nicht gefunden. Es war in ihr ein ständiger Kampf, etwas schrie in ihr: „D u b i s t d i e M ö r d e r i n, d u h a s t d a s j u n g e M ä d c h e n e r m o r d e t." Sie versucht dann, sich gegen diese Vorwürfe zu verteidigen, sich selber zu beweisen, daß sie doch nicht der Mörder sein könnte. Sie hörte nie Stimmen, die depressive Wahnidee war ebenso wie ihre Selbstverteidigung immer ohne Halluzinationen, ein Kampf zwischen Über-Ich und Ich, den sie selbst auch als solchen empfand und oft sagte: „s i e m ü ß t e s i c h g e g e n d e n R i c h t e r v e r t e i d i g e n". Ihre Gegenbeweise konnten sie aber nur für eine ganz kurze Zeit beruhigen. Die Angst und die Selbstvorwürfe kamen immer wieder; sie mußte ihre Gegenbeweise entwerten, indem sie sich vorstellte, sie hätte den Mord in einer *absence* verüben können. Zuerst versuchte sie ihren Zustand zu verheimlichen und nahm sich sogar vor ihrem Manne zusammen.

Sie schämte sich wegen ihrer Angst und wollte nicht als verrückt gelten. (Bezeichnenderweise hatte sie ihre Gedanken und ihre Angst nicht deshalb verheimlicht, weil sie dachte, daß man sie wegen des Mordes festnehmen könnte, sondern weil sie annahm, man würde sie für verrückt erklären, man würde vor ihr Angst haben. Es war also nicht die ganze Realitätsprüfung verschwunden, aber die rasende Angst brauchte Gründe, Rationalisierung.

Sie konnte die Angst nicht lange verheimlichen und suchte zuerst Hilfe bei einem Heilmagnetiseur; dann offenbarte sie sich ihrem Manne, und so kam sie zu mir. Sie berichtet zunächst, daß die Zustände nicht immer von gleicher Intensität seien. Sie habe einen auffallenden Zusammenhang mit der Menstruation beobachtet. Ihre Periode kommt sehr regelmäßig, und zwar immer schon am 23. Tag (Männliche Periodizität, F l i e ß). Die Blutung ist sehr schwach, das Blut hell und serös, die Dauer nur eineinhalb bis zwei Tage. Ihre Ideen beherrschen sie zwar dauernd, aber die Angst fängt 10 bis 14 Tage vor der Periode zu steigen an. Kurz vor dem Durchbruch der Blutung erfährt der Zustand seinen Höhepunkt; nach der Blutung fühlt sie sich erleichtert; kurz nach den Menses ist sie ungefähr eine Woche lang angst- und depressionsfrei, um nachher wieder 14 furchtbare Tage zu verleben.

Als auffallendstes Symptom ihrer Sexualität berichtet sie, daß sie seit Jahren frigid ist. Sie hatte eine konfliktvolle Einstellung zu dem Sexualakt: nicht so, wie andere frigide Frauen, die sich entweder ihren Männern versagen oder, wenn nicht, den Akt mit mehr oder minder großer Gleichgültigkeit über sich ergehen lassen. Sie wollte sich ihrem Manne nicht versagen, um ihn nicht zu veranlassen, zu anderen Frauen zu gehen (wohl eine Rationalisierung); aber es war ihr auch nicht gleichgültig, ob sie zum Orgasmus kam oder nicht, sondern sie regte sich darüber während des Koitus ängstlich auf. Sie strengte sich an (anscheinend, um zum Orgasmus zu kommen) und lehnte einen Verkehr, in welchem sie nicht zu befriedigen war, ab. Ihre Erregung drehte sich um zwei Punkte: „Werde ich befriedigt?" — war die eine mit einer narzißtisch-hypochondrischen Selbstbeobachtung bewachte Frage, — und die andere war eine krankhaft übersteigerte Angst vor einer Konzeption. Sie gibt selbst schon bei der ersten Unterredung zu, daß sie eigentlich keinen Grund zu Befürchtungen hätte, da ihr Mann die Konzeption sicher verhüten würde, solange sie keinen Wunsch nach einem Kinde äußere, und es bestand auch objektiv kein Grund, so große Angst vor einem Kinde zu haben, da sie ihr einziges Kind wirklich liebte, und sonst ihre Verhältnisse ihr erlaubt hätten, auch ein zweites Kind zu haben. Diese Angstzustände während des Koitus — ihre Frigidität — bestanden schon seit fünf Jahren, als die jetzige Krankheit auftrat. Diese ersten Symptome hätten sie nie zur Behandlung geführt, nur die neuen Symptome reiben sie ganz auf, obwohl, wie sie stolz hinzufügte, sie früher immer großes Interesse für Mordangelegenheiten gehabt hätte; in der Zeitung hätte sie immer zuerst die Mordprozesse gelesen, und auch jede Gelegenheit ergriffen, um im Gerichtssaal zu sitzen: „S o s e h r h a t m i c h d a s a n g e r e g t." So bezeichnend für den Analytiker auch ihr stolzer Ausspruch war, so war es doch unmöglich, der Patientin in diesem Zustand analytische Zusammenhänge klar zu machen. Jede Aussprache, die auf die überstarke Aggression der Patientin hingewiesen hätte, hätte ihre Schuldgefühle nur

gesteigert und die Patientin eventuell zum Suizid getrieben. Die Therapie mußte andere Wege einschlagen.

Aus der Anamnese der Patientin möchte ich kurz noch folgendes anführen. Patientin stammt aus einer kleinbürgerlichen Familie. Der Vater war depressiv und betrank sich manchmal. Die Mutter mißtrauisch, streng, unnachgiebig, nicht nur ihren beiden Töchtern gegenüber, von denen Patientin die jüngere war, sondern auch ihrem Manne gegenüber. Sie bestrafte auch den Mann irgendwie, so daß die Patientin mit dem Vater oft Mitleid hatte. Die Kinder wurden mit harten Strafen zu einer demütigen Liebe und Verehrung der Mutter erzogen. Die Patientin entwickelte sich als ein allzu braves Mädchen zu einem zwangsneurotischen Charakter. Sie war ordentlich, pedantisch, in der Schule übergewissenhaft; sie wagte nie, an den Dummheiten der Schulkameradinnen teilzunehmen, nicht aus Angst vor der Strafe, sondern, weil sie sich nach ihren kleinen Missetaten, auch wenn sie nicht ertappt wurde, sehr beunruhigt fühlte. Ihr Wesen war aber nie auffallend. Sie gehörte ihrem Manne schon vor der Ehe an — trotz strengsten elterlichen Verbotes — und bekam nach dem ersten Koitus Schmerzen in der Urethra, ein Zustand, der jahrelang als Cystitis behandelt wurde. Sie bekam Hunderte von Blasenspülungen, sie litt zehn Jahre lang, bis diese Schmerzen plötzlich auf einen Schlag und endgültig aufhörten, als sie die Angstzustände vor 5½ Monaten bekam.

Die Ehe der Patientin war trotzdem in den ersten Jahren glücklich. Sie war nie sexuell leicht zu befriedigen gewesen; aber sie war auch nicht von der Vagina aus frigid. Im fünften Jahre der Ehe wurde sie schwanger. Während der Schwangerschaft erlebte sie eine große Erschütterung. Sie erfuhr, daß ihr Mann mit der Haustochter, mit einem noch nicht 14jährigen Mädchen, sexuelle Spiele trieb. Damals war sie von Eifersucht, Empörung, aber auch von Schuldgefühl gepackt. Sie fühlte sich für das Mädchen verantwortlich. Aber sie konnte nichts gegen ihren Mann unternehmen, weil sie gravid war. Sie wollte auch nicht hassen, wegen des Kindes, das sie trug, und kämpfte gegen ihren Haß bewußt an. Sie hat ihr Töchterchen normal und zur Zeit geboren, das sie von Anfang an sehr liebte, ohne Konflikte und ohne Aggression betreute. Sie stillte ihr Kind sieben Monate, aber sie erholte sich nicht danach. Ob die seelische Erschütterung oder die Schwangerschaft und Laktation dafür verantwortlich zu machen sind oder der Konflikt mit ihrem Manne oder alle diese Motive — sie wurde nach dieser Zeit frigid und ihre oben schon erzählte konfliktvolle Einstellung während des Sexualaktes datiert von dieser Zeit. Die Patientin magerte ab, sie wurde appetitlos, sie litt an Kopfschmerzen und an hartnäckiger Obstipation. (Symptome, die mich zuerst davon abhielten, den Zustand für eine Thyreotoxicose zu halten, da die auffallendsten Symptome eines Basedows fehlten.)

Wie ich schon erwähnt habe, war die Patientin, als sie zu mir kam, in einem äußerst erregten Zustande, so daß v o r l ä u f i g eine psychoanalytische Behandlung nicht in Frage kommen konnte, sondern nur eine Vorbereitung dazu. Diese vorbereitende Behandlung wollte ich mit Hormontherapie kombinieren, da der Zusammenhang der akuten Angstzustände und der Depression mit den Menses so auffallend war. Zur Unterstützung dieser Behandlung ließ

ich eine interferometrische Hormonuntersuchung nach Prof. Hirsch durch ihn selbst machen. Das Blut zu der Untersuchung war sieben Tage vor den Menses entnommen worden. Die Patientin war damals sehr erregt und ängstlich. Die interferometrische Untersuchung ergab einen stark erhöhten Abbau der Schilddrüse und der Ovarien. Der Abbau der Testes war fast ebenso hochgradig wie der Abbau der Ovarien. Ein weiterer beachtenswerter Befund dieser Untersuchung war der außergewöhnlich erhöhte Abbauwert des Pankreas (22·40). Ich will hier nur diesen hormonalen Nachweis der Bisexualität betonen und darauf hinweisen, daß dieser Befund nicht vereinzelt, sondern allgemein vorzukommen pflegt.[3]

3) In der D. Psa. G. wurde in der Diskussion gegen meine Ausführungen eingewendet, daß sie den Eindruck erwecken, als basierten sie allein auf der Hirschschen Untersuchung, und so ständen sie auf tönernen Füßen, da diese Untersuchungsmethode noch sehr umstritten sei. Es ist wahr, die interferometrische Methode des Nachweises der Hormonabbauprodukte ist noch sehr umstritten. Während einige Forscher, z. B. Hermann-Witzleben,[4] von dieser Methode sagen, sie sei wissenschaftlich von großem Interesse, aber diagnostisch noch nicht verwertbar, arbeiteten andere[5] durch detaillierte Untersuchungen die Methode so aus, daß sie annehmen, die Methode weise sogar für die einzelnen Phasen des Krankheitsprozesses charakteristische Merkmale auf.[6] Dies braucht uns aber hier weniger zu interessieren. Für uns ist es nur wesentlich, daß hier die Bisexualität einen gewissen physiologischen Nachweis erfährt. In seinen außerordentlich interessanten Arbeiten benützt W. Petterson,[7] der die Bisexualität als das „Zweikräfte-System" (männlich-weiblich) zur Grundlage seiner Betrachtungen und therapeutischen Versuche macht, auch die Methode von Hirsch zum hormonalen Nachweis der Bisexualität. Es scheint so, daß die Bisexualität in jedem Falle durch Abbauprodukte von weiblichen und männlichen Hormonen nachzuweisen ist. Pathognostisch ist nur eine gestörte Relation zwischen den männlichen und weiblichen Abbaustoffen. Zum Beispiel bei einem besonders erhöhten Abbau der gegengeschlechtlichen Hormonstoffe können wir von einer Störung der Relation sprechen. Dies scheint bei Morbus Basedow oder bei sonstigen Störungen der Keimdrüsenfunktion der Fall zu sein.

Die Bisexualität als ein allgemeines Phänomen wurde von der Psychoanalyse immer als ein Motiv der Symptombildung anerkannt. Der biologische Nachweis der Bisexualität gibt eine weitere Unterstützung für die Auffassung der Psychoanalyse. In einem Zustand des bisexuellen Gleichgewichtes stört die eine Wirkung (Männlichkeit) die andere (Weiblichkeit) nicht. Entsteht aber eine Störung des Gleichgewichtes, dann ist der gegengeschlechtliche

4) Hermann-Witzleben: Zum diagnostischen Wert der Interferometrie in der Psychiatrie. (Wien. Klin. Wchschr., 1928.)

5) Zimmer, Lendel, Fehlow: Zur Kritik der interferometrischen Methode der Abderhalden'schen Reaktion: Untersuchungen bei der Basedowschen Krankheit. (Fermentforschg., Bd. 11.)

6) W. Petterson: Feminismus und Geist. (Arch. Frauenkunde u. Konstit. Forschg., Bd. 17, H. 3.)

7) W. Petterson: Endokrine Behandlung mit andersgeschlechtlicher Keimdrüsensubstanz. (Arch. Frauenkde. u. Konstit. Forschg., Bd. 18, H. 3.)

Jetzt möchte ich die wesentlichen Etappen dieser Behandlung und den Verlauf der psychischen Prozesse schildern. Da die Untersuchung einen erhöhten Abbau der Ovarien zeigte und die psychische Störung mit den Menses und mit Frigidität verbunden war, wollte ich zuerst auf die Ovarien einwirken (und hoffte, damit auch den Antagonisten der Ovarien, die Schilddrüse, mit zu beeinflussen). Am 27. November 1930 haben wir mit der Hormontherapie angefangen. Die Patientin bekam zuerst pro Tag ein bis zwei Horpantabletten (Hypophysen-Vorderlappen mit Ovarienhormon) und eine Ostranintablette. Die Patientin reagierte plötzlich. Sie wurde fröhlich-libidinös gestimmt. Aber diese Stimmung war zuerst keineswegs anhaltend. Symptomfreie Zustände wechselten schnell mit ängstlich erregten Zuständen, deren Inhalt weiterhin unverändert war. Die Patientin bekam während dieser Zeit keine anderen als nur hormonale Mittel, und es wurde versucht, ihre Stimmung auf diese Weise und durch die psychotherapeutischen Aussprachen zu balancieren. In der siebenten Woche der Behandlung meldete sich die erste, wesentliche Veränderung. Die Patientin erzählte mir, daß sie ihren Mann in den letzten Tagen intensiv hasse. Das erstemal wagte dieses von Schuldgefühlen gequälte Wesen einen Haßaffekt bewußt zu erleben. An der Hand des Materials, das die Patientin in diesem Zustande hervorbringt, ist es nicht schwer, ihr zu erklären, daß sie ihren Mann als den Lustmörder empfindet wegen der Verfehlungen, die er sich während ihrer Schwangerschaft zuschulden kommen ließ.

Dies war das erste, analytisch zu bewertende Resultat, das auch in diesem Falle zeigt, daß die Klagen der Depressiven eigentlich Anklagen sind. Sie richten sich gegen das introjizierte Objekt. Der gehaßte Mann, der sie betrog, wurde introjiziert, der Haß und die Aggression, die ursprünglich dem Manne gegolten hatten, richteten sich gegen das eigene Ich. Dieser Haß war jahrelang verdrängt. Die Patientin hing in dankbarer Liebe an ihrem Manne und war die beste Frau, die im täglichen Leben sehr wenig Vorwürfe und Schwierigkeiten machte. Nur während des Koitus äußerte sich dieser verdrängte Haß. Die unruhige, haßvolle, neidisch-narzißtische Stimmung während des Koitus besagt: „Er denkt nur an die eigene Lust, er ist ein Mörder, er vergiftet mich, er gibt mir ein Kind."

Von diesem Bewußtwerden des Hasses gegen den Mann wollen wir die zweite Phase der Behandlung rechnen. In dieser Zeit der Behandlung hatte sich der typische

Triebanspruch unbefriedigt und verlangt nach Abfuhr. Die unbefriedigten Triebansprüche zu bewältigen, ist die Aufgabe des psychischen Apparats, und die psychoanalytische Forschung hat bis jetzt eine ganze Anzahl der Mechanismen dieser Bewältigung beschrieben. Zu ihnen gehört z. B. die Symbolisierung, die Projektion usw. (Groddeck). Ist aber die Stauung so groß, daß sie durch diese Mechanismen, die noch zum normalen Seelenleben gehören, nicht abgeführt werden kann, dann wird die Stauung als Angst fühlbar, und diese wird ihrerseits den psychischen Apparat wieder vor die Aufgabe ihrer Bewältigung stellen.

In unserem Falle handelt es sich nicht allein darum, daß wir die Bisexualität mit einer physiologischen Methode nachweisen konnten, sondern darum, daß die psychischen Repräsentanten der Bisexualität als Symptome beobachtet worden sind (Angst während des Koitus, Angst vor Schwangerschaft, verdrängter Haß gegen den Mann), und die Symptome verschwanden, als der hormonale Ausgleich therapeutisch erreicht wurde.

Ablauf der depressiven Erregungen dahin geändert, daß die höchste Erregung nicht vor der Periode, sondern nach der Periode auftrat. Außerdem wurde diese Phase charakterisiert durch die gesteigerte heterosexuelle, libidinöse Spannung, die sich verschieden bemerkbar machte. Zuerst in einer größeren Lust zur genitalen Hingabe, und bald berichtet die Patientin, daß sie während des Koitus keine Angst mehr vor der Konzeption habe. Diese Angst vor der Konzeption war also das erste Symptom, das verschwand, und auch das einzige, das ohne Rezidiv endgültig wegblieb. Die ängstliche Aufregung, ob sie zum Orgasmus kommt oder nicht, bleibt etwas länger erhalten als die Angst vor der Konzeption. Die größere heterosexuelle, libidinöse Spannung äußert sich außerdem auch noch in den Träumen und Phantasien der Patientin. Die Patientin, die bisher nur an ihre Schuldgefühle denken konnte, phantasiert von fremden Männern.

Die bisherige Hormontherapie diente zur Hebung der Ovarienstoffe und scheint dadurch die heterosexuelle Libido gesteigert zu haben. Mit dieser Wirkung parallel erfolgt auch eine Veränderung des Ichs, das so weit erstarkt, daß die Patientin den Haß ihrem Gegenüber bewußt erleben und zugeben kann, wodurch sie sich eigentlich schon vor den eigenen Schuldgefühlen wehrt.

In der nächsten depressiven Phase, die nach den Menses (10. Februar 1931) mit großer Angst eingetreten ist, produziert die Patientin eine neue Idee: sie sieht zwar ein, daß sie keine Mörderin sei, aber sie hat Angst, daß der Heilmagnetiseur, bei dem sie einmal in Behandlung war, sie anzeigen könne und von ihr behaupten werde, daß sie eine Mörderin sei. Die Angst ist jetzt ebenso intensiv, sie ist ebenso verzweifelt, als wenn sie sich mit dem Gedanken abquält, daß sie im Dämmerzustand jemanden ermordet hätte. Trotzdem ist diese Idee in ihrer Struktur wesentlich verändert. Hier ist der Träger des Über-Ichs ein Mann, an dem sie einige Zeit mit heftiger Übertragungsliebe hing. Bis dahin war nur ein Verfolger: das quälende, nie ruhende Über-Ich. Der Kampf wurde in ihr zwischen den zwei seelischen Instanzen ausgetragen. Jetzt ist das Über-Ich nach außen projiziert, das einstmalige Liebesobjekt wird ein Stück objektiviertes Über-Ich. Wir sehen hier eine paranoide Idee *in statu nascendi* und können sie in ihrer Entstehung und ökonomischen Bedeutung klar verfolgen. Sie entsteht als ein Nachkomme der melancholischen Idee, nachdem der melancholische Identifizierungsprozeß schon überwunden war und die Objektbeziehungen wieder entstanden sind (Heilungsversuch, Freud).

Es ist interessant, die Periodizität der Angst und die Veränderung der psychischen Inhalte hier zu beobachten. Wir können vorderhand annehmen, daß in diesem Falle infolge der Hormonstörung eine physiologische Angst vorlag. Diese Angst hatte in einer Zeit, als die Bisexualität hormonal nachweisbar zu stark, die Aggression sehr groß und die heterosexuelle libidinöse Spannung zu klein war, ein eindeutig melancholisches Krankheitsbild begleitet oder vielleicht ausgelöst. Der Inhalt dieser Melancholie war: „Ich bin eine Mörderin." Als die heterosexuelle Libido infolge der hormonalen Veränderung größer wurde, entstand eine andere libidinöse Struktur. Der verdrängte Haß gegen den Mann wurde geringer, die Angst vor der heterosexuellen Hingabe fiel weg, die Patientin wurde befriedigt. Als in diesem Zustande dann die physiologische Angststeigerung kam, traf diese schon veränderte

seelische Bedingungen: ein stärkeres Ich und besser fundierte objektlibidinöse Bindungen. Die Idee, die nun entsteht, ist zwar noch immer krankhaft, aber sie hält die objektlibidinöse Bindung aufrecht, und dem erstarkten Ich entsprechend entsteht eine Projektion, die eine günstigere seelisch-ökonomische Lage schafft.

Die ökonomische Bedeutung der Projektion zeigt sich in diesem Fall einesteils darin, daß das Über-Ich, nach außen projiziert, quasi entfernter ist und dem Ich eine bessere Abwehrmöglichkeit verschafft, anderenteils sehen wir hier ganz deutlich noch eine ökonomische Funktion der Projektion: Die Reaktion auf diese Idee: „Der Heilmagnetiseur wird mich anzeigen", ist: ich liebe den Heilmagnetisieur nicht, er verfolgt mich doch. Und diese sehr heftige Ich-Reaktion steht wiederum im Dienste des Über-Ichs, wehrt die verbotenen Wünsche ab, die entstanden sind, als die heterosexuelle Libido größer wurde. So sehen wir auch in diesem Falle bestätigt, daß die Projektion eine Art Triebabwehr ist, um die unliebsamen Triebe, deren Wahrnehmung sich nicht unterdrücken läßt, an äußeren Objekten wahrzunehmen. Die wieder aufgenommenen Objektbeziehungen werden die Träger der Triebimpulse, von denen das Ich entlastet werden muß. Nach dieser Entlastung kann behauptet werden: „Ich bin schuldlos, nur mein Feind hält mich für schuldig." Zugleich wird das Ich von der neuen Schuld der verbotenen Wünsche entlastet.

Im weiteren Verlauf steigerten sich die verbotenen Wünsche; die Patientin beschäftigte sich sehr oft in ihrer Phantasie mit anderen Männern, so erweiterte sich auch der Kreis der Projektionen in der folgenden Zeit. Die Patientin hatte nicht nur Angst, daß der Heilmagnetiseur sie wegen einer Tat anzeigen könnte, die sie nie begangen hat, sondern sie befürchtete, daß sie auch sonst in eine solche Affäre verwickelt werden könnte, z. B. durch Herrn R. (auch eine positive Übertragung) oder auch durch Fremde, durch Nachbarn, die eventuell gehorcht hätten, als sie mit ihrem Manne über ihre Krankheit sprach. (Bezeichnend für die gute, nicht zu heftige Übertragung war, daß ich selbst von diesen Ideen während der ganzen Zeit der Behandlung verschont blieb.) Die paranoiden Vorstellungen bezogen sich hauptsächlich auf Männer.

In dieser Phase der Behandlung merken wir die Besserung wieder von zwei Seiten. Die Heterosexualität der Patientin hatte sich weiter günstig verändert. Nicht nur, daß sie ohne Angst verkehrt, sondern sie kommt auch immer zum Orgasmus, was auf sie in jeder Weise beruhigend wirkt. Sie wird (im fünften Monat der Behandlung) den paranoiden Ängsten gegenüber auch freier, und meint: „Wenn die in der Nachbarschaft etwas gehört haben, dann kann ich auch nichts dafür."

In den folgenden Wochen erlebt die Patientin kleinere und größere Remissionen in ihrem Zustand. (Ein Rezidiv als Folge einer schweren Grippe, die aber bald abklingt.) Die angstfreie Zeit wird immer länger, die Depressionen immer weniger intensiv; die Wahnideen tauchen aber immer wieder auf, so daß die Patientin sich einmal gegen die Mordideen, ein anderes Mal gegen die Verfolgungsideen verteidigen muß. Sie benützt dazu ein Zettelsystem. Sie schreibt sich alle Beweise auf, die genügen müßten, die Vorwürfe zu entkräften. Wenn eine Idee sie befällt, nimmt sie einen Zettel vor und liest ihn durch. So entwickelt sie als Abwehr des paranoiden Systems ein zwangsneurotisches System. Solange die Angst sehr groß war, nützte

dieses System nicht; und als die Angst nachließ, genügte es ihr, an den Zettel zu denken, um die Idee und die Angst abzuwehren. Die Patientin ist nach einiger Zeit so weit, daß sie sagt: „Die Ideen ärgern mich bloß."

Dieser Zustand scheint sich zu stabilisieren. Ich habe den Eindruck, daß diese Hormonbehandlung, die allein die Stützung der Ovarienfunktion erstrebte, keine weiteren Erfolge bringen würde, und ich entschließe mich, mit dieser Behandlung auszusetzen und der Patientin einen anderen Antagonisten der Schilddrüse zu geben in Form von Insulin in kleinen Dosen. Die Patientin bekommt dreimal wöchentlich fünf bis zehn Einheiten Insulin (Sturm[8], P. Schmidt[9]), und damit fängt eine neue, dritte Phase der Behandlung an.

Die paranoiden Ideen blassen ab; allerdings zuerst noch nicht spurlos. Es entsteht eine neue Stufe der Projektion. Diese sieht folgendermaßen aus: „Die Leute könnten sagen: ‚wenn Sie so große Angst hatten, da mußten Sie ein schlechtes Gewissen haben, und andere Leute würden dann nicht wissen, daß Ihr schlechtes Gewissen krankhaft war'." Die Angst und Verzweiflung, die diese Idee begleiten, sind keinesfalls so groß, wie sie früher waren. Es ist ihr peinlich, daß die Leute von ihr sagen könnten, sie hätte ein schlechtes Gewissen, aber sie sagen nicht mehr, daß sie eine Mörderin sei, sie sind auch nicht mehr aggressiv ihr gegenüber, sie hat keine Unannehmlichkeiten mehr zu befürchten. So sehen wir, daß das Schuldgefühl, das in dieser Idee projiziert wurde, wesentlich weniger aggressiv ist, als das ursprüngliche war. Die Patientin selbst sieht ein, daß sie ihr eigenes Gewissen nach außen projiziert und ihrer Umgebung in den Mund legt. Die projizierte Aggression ist quantitativ geringer und so auch die Angst und die zur Bewältigung verwendete Rationalisierung.

Die Besserung, die jetzt in ihrem Zustande erfolgt, ist viel anhaltender als bisher. Sie fühlt sich längere Zeit hindurch wesentlich erleichtert, ohne Angst und ohne Depression. Sie lebt aber noch immer nicht ohne Selbstvorwürfe, und als diese Projektion abklingt, dann leidet sie noch unter der Erinnerung an die Krankheit, und sie macht sich Vorwürfe, daß sie sich selbst krank gemacht hätte, also sie selbst schuld an ihrer Krankheit wäre: „Jetzt rege ich mich darüber auf, daß ich mich mit unnötigen Gedanken krank gemacht habe." In diesem Selbstvorwurf sehen wir noch die Spuren der ursprünglichen Wahnidee, aber sie ist jetzt ganz entwertet und bagatellisiert. Sie sagt selbst: „Ich kann mir die Krankheit nicht verzeihen", aber die Krankheit in ihren ursprünglichen Formen ist überwunden. Sie liest ohne Angst Zeitung, sie liest die Gerichtsverhandlungen, Mordberichte und Polizeinachrichten ohne Angst. Sie identifiziert sich nicht mehr mit dem Mörder. Ihr jetziges strenges Über-Ich entspricht ihrem früheren zwangsneurotischen Charakter, ihrer Strenge zu sich selbst, die ihr jede Verwöhnung und jedwede besonderen Ansprüche verbietet. Manchmal taucht in ihr eine vage Unruhe auf und

8) Sturm: Der heutige Stand der internen Therapie der Hyperthyreosen. (Med. Welt, Jg. 5, Nr. 40.)

9) Paul Schmidt: Über Organtherapie und Insulinbehandlung bei endogenen Geistesstörungen. (Wien. Klin. Wschr., 1928, H. 18.)

dann muß sie sich sagen: „Du hast aber ein reines Gewissen"; diese Beruhigung gelingt ihr aber immer.

In dieser Zeit der Behandlung hatte die Patientin vorübergehend ein zwangsneurotisches Symptom produziert. Sie berichtet, sie habe Angst, daß sie sich verschreiben könne. Einige Tage muß sie jeden Brief, jede Karte liegenlassen, um sie noch ein paarmal durchlesen zu können, um zu kontrollieren, ob sie sich verschrieben hat oder nicht. In diesem zwangsneurotischen Symptom sehen wir einen interessanten neuen Mechanismus der Angstbewältigung. Wir merken darin auch das Schuldgefühl, dem aber die Patientin nicht mehr mit der Identifizierung erliegt: „Ich bin eine Mörderin." Die Beziehung zwischen Über-Ich und Ich entspricht hier einem Zweifel: Was ist stärker? Über-Ich oder Ich? Bin ich eine Mörderin oder nicht? Dieser Zweifel wird nicht mehr nach außen auf Objekte projiziert, die Objektbeziehungen bleiben ganz unberührt davon, der Zweifel wird auf eine „Lappalie" verschoben, auf die Schrift, die einen verraten könnte. Dieses Symptom dauert nur 2 bis 3 Tage, dann klingt es ab, rezidiviert manchmal ganz vorübergehend.

Die anderen Symptome der Patientin klingen auch ab, z. B. ihre chronische Obstipation kommt in Ordnung. Am 13. November 1931 bekommt sie die letzte Insulinspritze. Während des ganzen Winters bleibt sie ohne Behandlung, symptomfrei bis auf den obengenannten, kurz auftauchenden Gewissenszweifel. Im Frühjahr 1932 wird prophylaktisch noch eine Insulinkur gemacht, 20 Injektionen. Die kleineren Verdächtigungssymptome, Selbstvorwürfe wegen ihrer Krankheit sind auch abgeklungen; die Patientin hat viel an Gewicht zugenommen und ist geheilt entlassen worden.

Was gibt mir die Berechtigung, diesen nichtpsychoanalytischen therapeutischen Versuch hier so ausführlich mitzuteilen?

Zuerst der Ablauf des psychischen Prozesses, der in diesen beiden Fällen im wesentlichen sehr viel Ähnliches bot.

Im ersten Falle, der sich viel akuter entwickelte, wurde bei einer Patientin, die sonst einem hysterischen Charakter entsprach, die depressive Idee sofort als Projektion nach außen erledigt. Diese depressive Idee entstand durch die Identifizierung mit der Freundin, die Suizid begangen hatte. Während der Behandlung[10] des Morbus Basedow wurden die Angst- und die Schuldgefühle geringer und die Phobie klang ab.

Viel komplizierter liegt unser zweiter Fall. Hier hatte sich die hormonale Störung einer Hyperthyreose bei einer Frau, die einen zwangsneurotischen Charakter hatte, chronisch entwickelt. Ursprünglich sucht das Schuldgefühl die Rationalisierung in einer kleineren Schuld und findet zunächst die Erledigung in der für die Patientin akuten Wohnungsfrage. Aber diese Rationali-

10) Die Patientin wurde in der Klinik mit Phosphorpräparaten und von mir mit Hormonpräparaten behandelt, und zwar mit Thymoglandol und mit Insulin.

sierung scheint der freigewordenen Aggression nicht zu genügen und, der Intensität entsprechend, entsteht die Wahnidee:

1. Ich bin eine Mörderin. Wir haben gesehen, daß diese Idee sich während der Behandlung ändert, und in der zweiten Phase heißt es:

2. ich bin keine Mörderin, man hält mich nur dafür.

Wir haben angenommen, daß diese Projektion entstand, als die Libido gesteigert wurde und dementsprechend eine andere Ich-Struktur zustande gekommen ist. Als die physiologisch durch Thyreotoxicose bedingte Angst auch nachläßt, verblaßt der schuldhafte Wahn und mit ihm die paranoide Projektion. In der dritten Phase heißt es:

3. ich bin keine Mörderin, aber man könnte fragen, warum ich ein schlechtes Gewissen habe, und nachher

4. es ärgert mich, daß ich mich mit solchen unnötigen Gedanken abgequält habe.

Hier ist das Schuldgefühl wieder auf das eigene Über-Ich zurückgezogen, das nun weniger streng ist und nicht mehr wegen eines Mordes, sondern nur wegen der Krankheit Vorwürfe macht.

Wir konnten hier bei derselben Patientin nacheinander in kurzer Zeit drei verschiedene Abwehrmechanismen beobachten:

I. Die Identifizierung = melancholische Idee,

II. die Projektion = paranoide Idee und

III. die Verschiebung = zwangsneurotischer Zweifel.

Ich habe den Eindruck, daß der Ablauf des eben geschilderten Krankheitsprozesses uns zeigt, daß diese drei verschiedenen Abwehrmechanismen verschiedenen Ichbesetzungen entsprechen. Je größer die Aggression und die Angst war, um so schwächer war das Ich. So erliegt das ganz schwache Ich in der Identifizierung; das libidinös stärker besetzte Ich kann sich durch Projektion erwehren; bei einer besseren Ich-Struktur entsteht eine bessere Beziehung zur Umwelt; die Objektbeziehung wird nicht mehr durch Projektion gefährdet, sondern das Ich erträgt die Vorwürfe des Über-Ichs; der Kampf zwischen Ich und Über-Ich spielt sich innerhalb des Individuums ab und er entspricht dem Mechanismus einer Zwangsneurose.

Noch überzeugender glaube ich diese Verschiebung in dem Gleichgewicht zwischen Es — Ich — Über-Ich gesehen zu haben, in den Äußerungen des Widerstandes gegen das Verdrängte. Am Anfang der Behandlung war es unmöglich, der Patientin die eigenen aggressiven Tendenzen bewußt zu machen. Das erste analytische Resultat war, daß die Patientin bewußt zu hassen wagte. Solange sie aber immer mit schweren Angstzuständen reagierte,

konnte sie kaum ein anderes Material als aktuelles bringen. Die Angst war zu groß und diese Angst hatte auch den unbewußten Widerstand genährt. Nachdem die Angst während der Insulinkur wegfiel, brachte die Patientin auch sehr viel analytisch verwertbares Material, das ganz eindeutig die Entstehung der Aggression und des Hasses gegen die Mutter schon in der frühen Kindheit bewies. Z. B. ein Traum: *„Meine Mutter hat etwas Schlechtes getan und man wollte sie verhaften. Die Mutter hatte Angst und versteckte sich. Sie hörte Schritte und sagte: ‚Jetzt kommen sie.' Ich merke, daß es die Aufwartefrau sei und beruhige meine Mutter und sage ihr: ‚Ich werde sie schon zurückhalten.' Dann kommt der Vater meiner Mutter und ich sage ganz erfreut zu ihm: ‚Ich bin ganz schuldfrei, ich habe immer das beste Gewissen, nur meine Mutter nicht'. Ich träumte nachher, ich sei schwanger, der Arzt käme zu mir, ich erlebte die Entbindung und bekam einen Jungen."*

Es ist in diesem Traum auch für die Patientin ganz klar ersichtlich, was sie sich bisher nicht eingestehen konnte, daß sie nun die Mutter beschuldigt, und sie weiß, wieviel Schuld die Mutter an der Entwicklung ihres Ambivalenzkonfliktes hat.[11]

Nun haben wir die ganze Entwicklung ihrer Krankheit rekonstruieren können. Das ursprüngliche Gefühl war: die Mutter haßt mich, sie schlägt mich usw. Die reaktive Aggression gegen die Mutter wurde verdrängt. Nicht ich hasse die Mutter, sie haßt mich; ich liebe sie. Dann: Ich muß sie lieben, obwohl ich Grund genug zum Haß hätte. Aus diesem Ambivalenzkonflikt entwickelte sich der zwangsneurotische Charakter der Patientin. Auf der Basis des zwangsneurotischen Charakters wuchs später diese akute, depressive Psychose infolge einer Störung des Hormonhaushaltes.

So sehen wir, daß das Symptom, welches das Zustandsbild beherrscht, sich aus der Art der Abwehrmechanismen ergibt, die das Ich gegen die destruktiven Kräfte des Über-Ichs in Bewegung setzen kann (H. Deutsch). Meine Patientin, die von dem Kampf zwischen Ich und Über-Ich sehr genau zu berichten wußte, die genaue Verteidigungsvorschriften und Formeln für sich ausgearbeitet hatte, die oft erzählte: „mein Ich ist heute schwach und kann sich nicht verteidigen", empfand es als eine Befreiung und Stärkung des Ichs, als sie sich selbst nicht mehr des Mordes bezichtigen mußte.

11) Freud schreibt in der Arbeit „Über die weibliche Sexualität" (Int. Ztschr. f. Psa., 1931), „daß die überraschende, aber regelmäßig angetroffene Angst, von der Mutter aufgefressen, umgebracht zu werden, wohl den Keim zu der weiblichen Paranoia bildet". Die Analyse dieses Traumes ergibt tatsächlich diese ursprüngliche Angst vor der Mutter.

Wovon hängt aber die Abwehrfähigkeit des Ichs ab?

Die hier geschilderten zwei Fälle erwecken in uns den Eindruck, daß es von der Intensität der frei flottierenden und zu bewältigenden Angst abhängt, wieviel Abwehrkräfte das Ich gegen die Aggression des Über-Ichs mobilisieren kann.

Wovon hängt die Intensität der frei flottierenden Angst ab?

Besonders aufschlußreich scheint mir in diesem Zusammenhang unser zweiter Fall zu sein. Hier können wir nämlich die Ängste in verschiedenen Phasen getrennt studieren. Auf dem Höhepunkt der Krankheit ist die Aggression gegen das eigene Ich gewendet; die Über-Ich-Angst ist sehr intensiv. Zu gleicher Zeit besteht aber noch die Angst vor der Konzeption und die narzißtische, ängstliche Selbstbeobachtung während des Koitus. In der Angst, die diese zwei Symptome begleitet, erkennen wir noch die Reaktion auf die nach außen gewendete Aggression. Dieser an das Objekt gebundene Haß und die damit verbundene Angst schwinden zuerst auf die hormonale Behandlung, die die weibliche heterosexuelle Libido gesteigert hat. (Wir waren bereit, diese Symptome mit der Bisexualität in direkte Verbindung zu bringen.) Es scheint uns, als ob die heterosexuelle Libido, die dem Ich zur Verfügung steht, die Aggression und damit zusammen die Angst gleichsam neutralisierte. Dadurch wurde die Position des Ichs von zwei Seiten her gestützt: einerseits wurden die Angst und die Aggression geringer (die Belastung des Ichs weniger) und anderseits die libidinöse Ich-Besetzung quantitativ größer. Das Schicksal der Aggression und der Angstbewältigung hängt also nicht allein von der Intensität der Aggression und Angst ab, sondern auch von der libidinösen, heterosexuellen Spannung des Organismus. Ist diese befriedigend, dann steht der Aggression und der Angst ein starkes Ich entgegen und dadurch eine andere Struktur der Abwehr.

In unseren Fällen ist es gelungen, die Steigerung der heterosexuellen Libido durch Hormonmedikation experimentell zu dosieren und so die neue Ich-Struktur zu erreichen. Wir haben gesehen, daß dieses biologische Experiment die Einsichten der Psychoanalyse, die auf anderem Material und mit anderer Beobachtungstechnik mühsam gewonnen worden sind, in kurzer Zeit im gedrängten Ablauf des Krankheitsprozesses bewies.

Wir haben in dem weiteren Verlauf dieses Falles gesehen, daß die Steigerung der heterosexuellen Libido, und sogar die Möglichkeit zum normalen Orgasmus doch nicht die ganze Angst hatte binden können. Von Zeit zu

Zeit entstand eine Überflutung des Organismus mit Angst. Diese Angst hatte auch den psychischen Inhalt des nach innen gewendeten Aggressionstriebes.

Woher stammt diese kaum zu bewältigende Angst?

Die Psychoanalyse hat nie behauptet, daß die Angst allein aus psychischen Quellen entstehe, im Gegenteil, wir waren gewöhnt, die Quelle der Angst ganz allgemein in der Libidostauung zu suchen. Ein somatischer Faktor wurde also bei der Angstentstehung immer an erster Stelle in Erwägung gezogen. (Ursprünglich hatte Freud angenommen, daß sich die Libido direkt in Angst verwandle. Er hat seinen Standpunkt dahin modifiziert, daß sich die Libido nicht direkt in Angst verwandeln kann, sondern daß sich die Angst im Ich als eine Reaktion auf die Störung des Trieblebens entwickelt.) Aber wir wissen nicht, was eigentlich die Libidostauung bei einer genaueren Untersuchung darstellt. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird der Zustand, den wir im allgemeinen bisher als „Libidostauung" zu bezeichnen pflegten, in verschiedenen Fällen verschiedene hormonale Grundlagen haben, bezw. solche auslösen. Wir dürfen wohl annehmen, daß wir in diesem zweiten Fall unserer Beobachtung eine spezifische Form der Libidostauung genauer nachweisen konnten, als es bisher der Fall war.

In diesen hier veröffentlichten Fällen könnten wir uns damit begnügen, zu wissen, daß die Hyperfunktion der Schilddrüse durch die Irritation des vegetativen Nervensystems, und zwar durch die Irritation des Sympathikus, Angst und nervöse Symptome primär verursachen kann, aber genauere Untersuchungen zeigen, daß die direkte Wirkung der Schilddrüsenfunktion auf das Nervensystem auch nicht eine eindeutige und auf eine einzige Ursache zurückzuführende Reaktion ist. Neuere Forschungen haben ergeben, daß es sich bei dem Morbus-Basedow nicht allein um die Störung der Schilddrüsenfunktion handelt, sondern daß immer eine komplexere Störung von mehreren Drüsen vorliegt, was bei der Wechselbeziehung im Drüsensystem kaum anders vorstellbar ist.

In diesem Zusammenhang interessiert uns am meisten, daß die Ovarien und die Schilddrüse physiologische Antagonisten sind (Peritz).[12] Dieser Antagonismus kann sich klinisch verschieden äußern. Wir kennen Thyreotoxicosen mit gehemmter Sexualität, Frigidität, ebenso wie Fälle mit großer sexueller Erregbarkeit bei vaginaler Frigidität und Fälle mit verschiedenen dysmenorrhoischen Symptomen.

Neuere experimentelle Arbeiten scheinen den physiologischen Vorgang, der

12) Peritz: Über Beziehungen zwischen Schilddrüse und Eierstock. (Z. ärztl. Fortbildg., Jg 25, Nr. 6.)

bei Hyperfunktion der Schilddrüse zu der Dysfunktion der Ovarien führt, näher zu erklären. Die Arbeiten von Lundborg[13] zeigen, daß die Ovarien normalerweise ein thyroxinhemmendes Hormon enthalten und dementsprechend die Schilddrüse und das sympathische System hemmen. Die Versuche von Leupold und Lundborg[13] ergeben, daß eine Wechselwirkung zwischen Schilddrüse und Keimdrüse vorhanden ist. Die Untersuchungen von Zawadowsky[13] zeigen, daß das Thyroxin im Eierstock, und zwar in den Gonaden gebunden wird und dadurch bei einer Überproduktion von Thyroxin eine auffallende Lähmung der Ovarien zustande kommt. Dieser Befund könnte genügen, um die Lähmung der weiblichen Sexualfunktionen und damit im Zusammenhang manche seelischen Symptome zu erklären. Unsere Fälle haben gelehrt, daß diese Hemmung der Eierstockfunktion das Hormonbild so verändert, daß das Gleichgewicht der Bisexualität gestört — und die Wirkung der männlichen Hormonstoffe auf irgendeine Art spürbarer wird. Es ist vorläufig noch nicht entschieden, wo die männlichen Hormonstoffe in dem weiblichen Organismus produziert werden, ob im ganzen eine Steigerung der Hormonproduktion entsteht oder ob die männlichen Stoffe eben „die sich stauenden" sind, da sie direkt nicht befriedigt werden können. Wir wissen aus anderen genaueren psychoanalytischen Untersuchungen, welche seelischen Symptome direkt durch die sich stauende Bisexualität hervorgerufen werden können, und wir waren immer bereit, eine gewisse Steigerung der Aggression und Angst mit der Bisexualität in direkte Verbindung zu bringen.

Wir sind gewöhnt, aktiv gleich männlich, passiv gleich weiblich zu setzen. In der Fortsetzung dieser Gedankengänge würde vielleicht die Annahme liegen, daß in Fällen einer nachweisbaren, starken, männlichen Hormonproduktion eine Steigerung der Aktivität zugleich eine Steigerung der Aggression mit sich bringen könnte. Oder aber käme die Steigerung der Aggression doch nur in den Fällen zustande, in welchen zu der Bisexualität eine durch irgendwelche Ursachen hervorgerufene Triebentmischung noch dazukommt?

Ich möchte hier den folgenden Fall kurz mitteilen.

Eine Patientin war lange in psychoanalytischer Behandlung, weil sie unter dem Zwangsimpuls litt, daß sie irgendeinen Mann oder ihren zukünftigen Mann erwürgen müßte. Die psychoanalytische Behandlung hatte ihr weitgehende Besserung gebracht; sie heiratete und fühlte sich leidlich gut, obwohl sie frigid war. Dann bekam sie ein Kind und nach der Entbindung noch eine sehr schwere organische Krankheit. Durch diese Umstände körperlich total erschöpft, bekam sie ein schweres Rezidiv ihrer psychischen Krankheit: sie hatte aggressive Impulse nicht nur gegen

13) Zitiert nach Peritz.

ihren Mann sondern auch gegen ihr Kind. Sie empfand die Aggression mit großem Schreck und bekam Angst vor sich selbst und hatte schwere Schuldgefühle. Ein Prozeß, der jedem Analytiker ganz geläufig ist.

Die Hormonuntersuchung nach Hirsch ergab in diesem Falle einen höheren Wert der männlichen Abbauprodukte als der weiblichen. Die Therapie ging von der Erwägung aus, hier einen Ausgleich durch bessere Funktion der Ovarien zu schaffen.

Die Behandlung brachte viel interessantes psychoanalytisches Material zutage, das in einem anderen Zusammenhang veröffentlicht zu werden verdiente. Es wurde zugleich klar, daß die libidinöse Steigerung für die Patientin nicht immer eine Erleichterung brachte. Mit der libidinösen Steigerung zusammen erfolgte ein aufgelockerter, schnellerer Ablauf der psychischen Inhalte, und es geschah sehr oft, daß in diesem Zustande der Auflockerung auch aggressive Tendenzen frei wurden. Die genauere Beobachtung hatte gezeigt, daß die Patientin dann Angst bekam, wenn die libidinöse Spannung durch aggressive Tendenzen durchkreuzt, gestört wurde. — Man hat den Eindruck, daß in diesem Falle eine quantitative Steigerung sofort eine Triebentmischung hervorgerufen hatte, und die so freigewordene Aggression sich in Impuls und Angst umsetzte.

Es erscheint uns auffallend, daß relativ so kleine Dosen von Hormonmitteln solche Reaktionen hervorrufen, und die Frage ist berechtigt, ob zwischen Hormon und psychischem Inhalt eine direkte quantitative und qualitative Beziehung besteht. Freud äußert in der „Neuen Folge der Vorlesungen", S. 215, die Hoffnung: „daß die Kenntnis der Hormonwirkungen uns die Mittel leiht, mit den quantitativen Faktoren der Erkrankungen erfolgreich zu ringen." Diese hier angeführten Beispiele geben vielleicht eine Probe dafür. Freud mahnt uns auch, daß die Hormonforschung, dieser biologische Nachbar der Psychoanalyse, uns auf den Fersen folge und mit ihren neuen Erkenntnissen die Psychoanalyse einholen würde. Eben diese Beobachtungen zeigen, daß die gute Beziehung zwischen Hormonforschung und Psychoanalyse erst in den Kinderschuhen steckt, und noch lange müßte diese Nachbarschaft von beiden Seiten sehr gepflegt werden, um wertvolle Resultate für beide Disziplinen zu erreichen. Besonders würde davon, vorläufig, die Hormonforschung profitieren. Es zeigt sich nämlich, daß die genaue Beobachtung des dynamischen Ablaufes des psychischen Geschehens, wie er sich allein dem psychoanalytisch geschulten Beobachter offenbart, die feinste Methode für die Beobachtung der Hormonwirkungen ist. Es ist eine distinguiertere und genauere Beobachtungsmethode als jedes Laboratoriumsexperiment.

Aber auch in dem soeben geschilderten Falle konnte es uns nicht gelingen, nachzuweisen, ob die Angst oder die Aggression das Primäre ist. Wir können nur feststellen, daß Angst und Aggression zusammen auf-

getreten sind und den seelischen Apparat vor die Aufgabe ihrer Bewältigung stellen.

Angst ist nach den neueren Definitionen von Freud das Gefahrsignal, wodurch für das Ich die Gefahr der eigenen Triebspannung, auch die Gefahr der aggressiven Triebspannung, signalisiert werde. Dieser Theorie würden wir gerecht, wenn wir annehmen würden, daß infolge der hormonalen Spannung — bezw. der vegetativen Reizbarkeit — eine Triebentmischung stattfindet, Aggression frei wird und diese Aggression die Angst als Gefahrsignal auslöst.

Wir wissen, daß hinter allen psychischen Symptomen die Angst als Motor steht. Es gehörte zu den frühesten Erkenntnissen der Psychoanalyse, daß in jedem hysterischen und zwangsneurotischen Symptom Angst gebunden ist, und die neueren Forschungen über Phantasie und Sublimierungsprodukte zeigen ebenso, daß die Angstbewältigung die Aufgabe des seelischen Apparates ist. Trotzdem könnte man eben an Hand dieser Fälle fragen, ob es sich nicht allein um die Bewältigung der Aggression handle.

Es muß die Aufgabe ganz genauer metapsychologischer Untersuchungen sein, festzustellen, ob in Phantasien, Symptomen usw. die Angst nur sekundär abnimmt, weil die Aggression gebunden wird oder aber, ob die Angst selbst als Trieb in der neuen seelischen Struktur gebunden wird. Die beiden: Angst und Aggression bleiben quasi als Funktion voneinander abhängig.

Dieses von uns dargestellte Gegenpaar, Libido — Aggression, wird in den Symptomen Schritt für Schritt gebunden, wie wir in unserem zweiten Fall gesehen haben, zuerst in dem paranoiden Symptom und nachher in den zwangsneurotischen Symptomen. In diesen neuen seelischen Strukturen ist Aggression durch Libido gebunden und damit zusammen auch die Angst.[14]

14) Reich macht mir den Vorwurf („Der masochistische Charakter", Int. Ztschr. f. Psa., 1932), den strukturbildenden Prozeß mit dem Todestrieb gleichgesetzt zu haben. Nach diesen Darstellungen ist es aber wohl eindeutig klar, daß in unserer extrem dualistischen Auffassung seelische Strukturen keinesfalls allein aus einem Faktor entstehen können.

Reich meint, ich hätte in meiner Arbeit „Todestrieb und Angst" (Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931) die Angst mit der entstandenen Struktur, mit dem Symptom gleichgesetzt, obwohl schon meine damaligen Ausführungen beweisen wollten, daß die Angst als Motor zur Symptombildung dient und keinesfalls das Symptom selbst sei. Es ist hier überflüssig, über die Angst als Affekt, über ihren drängenden Charakter usw. zu reden, um die Unwahrscheinlichkeit einer starren Angst zu erklären. Viel eher hat man die Neigung anzunehmen, daß die Angst selbst wie ein Trieb wirkt. Deswegen erschien mir die Angst als psychische Repräsentanz oder als innerpsychische Wahrnehmung des Aggressionstriebes.

Zusammenfassung.

Die hier veröffentlichten zwei Fälle von hyperthyreotischen Psychosen zeigen, daß die auf direkten organischen Reiz hin entstandene Angst seelisch mit den Symptomen und Erscheinungen des Aggressionstriebes auftritt.

Diese Fälle können auch nicht entscheiden, was primär ist, die Angst oder die Aggression. Sie zeigen nur, daß die beiden zusammen auftreten.

In beiden Fällen haben wir gesehen, daß die Steigerung der heterosexuellen Libido die Aggression und die Angst gebunden hat, also Libido und Aggression als Gegensatzpaar aufgetreten sind.

Für die allgemeine Theorie der hyperthyreotischen Psychosen glauben wir auch einen Beitrag geliefert zu haben, indem wir zeigten, daß die durch die Thyreotoxicose entbundene Angst und Aggression in dem psychischen Apparat so zur Wirkung kommen, daß durch die freigewordene Aggression die Strenge des Über-Ichs gesteigert wird und dementsprechend ein depressives Zustandsbild zustande kommt.

Der Ablauf der seelischen Prozesse geschieht in der Weise, wie wir es in der Psychoanalyse an anderen Fällen kennengelernt haben. Es gelingt uns hier, das Analytische in der grellen Beleuchtung des organischen Geschehens zu erfassen.

Weh' dem, der lügt!

Beitrag zum Problem der Pseudologia phantastica*

Von

A. Kielholz

Königsfelden

In der Sommerversammlung 1929 der Schweizer Psychiater in Rheinau, in der Blum[1]** und Behn[2] über die Vorurteile gegen Psychiatrie und Irrenanstalten referierten, hatte ich Gelegenheit, mit dem Vater des Begriffes der Pseudologia phantastica, Prof. Delbrück aus Bremen, persönliche Bekanntschaft zu machen, und es war von großem Interesse, zu erfahren, wie sich heute der Schöpfer zu seinem geistigen Kinde stellt. Ist doch gerade die Diagnose der Pseudologia phantastica, durch die eine große Zahl von Schwindlern und Betrügern vom Psychiater als unzurechnungsfähig oder doch vermindert zurechnungsfähig erklärt und damit vor einer Strafe für ihre Delikte geschützt wird, eine jener irrenärztlichen Begutachtungen, die wie wenige sonst das Laienvorurteil nähren, der Psychiater sei darauf bedacht, gewisse Übeltäter, die es gar nicht verdienten, dem Arme der Gerechtigkeit zu entreißen.

Delbrück[3] weist in den Schlußbemerkungen seiner Abhandlung über die pathologische Lüge einmal darauf hin, daß sich deren beste Schilderungen bei den Dichtern, z. B. Daudet, Keller, Goethe finden, und dann darauf, daß die hysterischen Anfälle etwas der phantastischen Pseudologie ganz Analoges seien (S. 124, 125).

In zwei kleinen Schriften zur Neurosenlehre aus dem Jahre 1903 hat sich Freud[4] mit dem Ursprung der hysterischen und dichterischen Phantasien befaßt. Die Tagträume seien die Quelle der phantastischen Schöpfungen der Paranoia, der sexuell Perversen, der Hysterien. Sie können sowohl bewußt als unbewußt sein, im letzteren Fall pathogen werden. Es komme zur Verlötung des Tagtraumes mit Onanie, dann zur Abstinenz und Verdrängung, zum Unbewußtwerden der Phan-

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Schweiz. Gesellschaft für Psychoanalyse am 2. März 1933 in Königsfelden.

**) Die Ziffern im Text beziehen sich auf das Literaturverzeichnis am Schlusse des Aufsatzes, S. 545.

tasie. Durch das hysterische Symptom werde dann eine Annäherung an die primäre Sexualbefriedigung erreicht. Praktisch bedeutsam sei der Fall, daß Hysteriker ihre Phantasien in bewußter Realisierung durch Fingierung von Attentaten, Mißhandlungen und sexuellen Aggressionen in Szene setzten. Das Verhältnis der Phantasie zum Symptom sei mehrfach kompliziert und determiniert. Es handle sich um einen Kompromiß von zwei gegensätzlichen Triebregungen. Ein hysterisches Symptom sei häufig der Ausdruck einerseits einer männlichen, anderseits einer weiblichen unbewußten sexuellen Phantasie.

Die ersten Spuren dichterischer Betätigung[5] finden sich im Spiel der Kinder mit Anlehnung an greifbare Dinge der Wirklichkeit und mit Verwendung großer Affektbeträge. Der Heranwachsende schämt sich des Spiels, statt dessen phantasiert er. Das Kind, das groß sein will, agiert das Spiel und schämt sich seiner nicht. Die weiblichen Wünsche sind mehr nach erotischen, die männlichen nach ehrgeizigen Zielen gerichtet. Das Überwuchern der Phantasie führt in Neurose und Psychose. Der Held der Tagträume und der Romane ist das Ich. Auch die Dichtung wurzelt in Kinderlebnissen; sie wird durch ein starkes, aktuelles Erlebnis ausgelöst und stellt die Erfüllung in der Zukunft dar. So schwankt die Phantasie zwischen drei Zeiten. In der Dichtung kann der Hörer oder Leser seine eigenen Phantasien ohne Scham genießen.

Helene Deutsch[6] kommt in einem Aufsatz über die pathologische Lüge (1922) zu folgenden Formulierungen: Pseudologie ist der den anderen als Realität mitgeteilte Tagtraum. Immer steht die eigene Person im Mittelpunkt der Phantasie. Zum Unterschied vom gewöhnlichen Tagtraum, der geheimgehalten wird, wird die pathologische Lüge den anderen aufdringlich als Realität mitgeteilt. Der Dichter findet für seine Phantasie kraft seiner Begabung die ästhetische Form, die dem Publikum den Mitgenuß ermöglicht. Die Pseudologie ist die Wiederbelebung der unbewußten Erinnerung des einst wirklich Erlebten. Weil damals verpönt, wird es auch jetzt nicht voll realisiert. Die pathologische Lüge versucht die Befreiung von einer drückenden Last der Erinnerung. Sie ist eine Zwischenstufe zwischen psychischer Gesundheit und Neurose. In Fällen von anhaltender Pseudologie ist der Befreiungsversuch mißglückt, die Neurose stabilisiert.

In seinem Buch über gemeinsame Tagträume hat Hanns Sachs (1924)[7] versucht, die psychologischen Unterschiede zwischen Künstler und Führer zu erfassen. Der Künstler bleibe nicht, wie der Tagträumer, bei seinen engen persönlichen Wünschen stehen, er müsse alles Nebensächliche und Zufällige seines Materials beiseite schleudern. Der Künstler könne nie Massenführer sein. Dieser müsse seinen Narzißmus uneingeschränkt beim eigenen Ich erhalten, vom Schuldgefühl ungebeugt. Der Dichter aber leide mehr als die übrigen unter dem Schuldgefühl. Er müsse unter dessen Druck den Narzißmus von der eigenen Person ablösen und auf das Werk verschieben. Er müsse den Rückweg von der Vereinzelung zur Brüdergemeinschaft mit diesem Opfer zu erkaufen bereit sein. Daher eigne er sich nicht zum Führer, sondern sei ein besonders differenziertes Massenindividuum. Der Dichter werde nicht vom Narzißmus, sondern vom Schuldgefühl dazu getrieben, Beifall und Zustimmung verwandter Seelen zu suchen, nicht für sich, sondern für sein Werk (op. cit. S. 35—36).

Abraham ist in der letzten von ihm publizierten Arbeit der Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis nachgegangen (1925).[8] Er hat darin anschaulich gezeigt, wie bei einem vielfach vorbestraften Schwindler und Betrüger dadurch eine viele Jahre andauernde Heilung der Pseudologie zustande kam, daß er eine Witwe mit mehreren Kindern und einem guten Geschäft heiraten konnte, in dem er einen gut bezahlten Vertrauensposten fand. Die Libidoübertragung auf einen Mutterersatz ermöglichte also nach Auffassung des Autors eine Progression von narzißtischer Gebundenheit zur Objektliebe, ohne daß dabei Schuldgefühle auftraten. Am Schlusse seines letzten Vermächtnisses verweist Abraham auf die große Bedeutung der Psychoanalyse für die Kriminologie. Er begrüßt Aichhorns eben damals erschienenes Buch „Verwahrloste Jugend" und unterstreicht die darin betonte Bedeutung der positiven Übertragung des Zöglings auf den Erzieher in den Besserungsanstalten.

Aichhorn hat 1930 in unserer Gesellschaft über die Psychoanalyse Verwahrloster einen Vortrag gehalten. Er hat uns darin den Hochstaplertypus umschrieben als feminin, homosexuell, mit ursprünglicher starker Bindung an die Mutter, dann mit Enttäuschung durch sie, mit der Schaffung eines Idealbildes von ihr, das verdrängt und dann gesucht wird.

Zum Schlusse dieser Übersicht, die auf Vollständigkeit keinerlei Anspruch macht, sei noch auf die kürzlich erschienene Abhandlung Melitta Schmidebergs: „Zur Psychoanalyse asozialer Kinder und Jugendlicher"[9] verwiesen, in der uns folgende für unser Thema speziell in Frage kommende Formulierungen wertvoll erscheinen: Das Lügen gewährt eine halluzinatorische Befriedigung, eine Flucht aus der unangenehmen Realität, eine Vermeidung der durch die Versagung ausgelösten Konflikte, der Angst und Aggression. Die Tat wird durch das Wort ersetzt. Es findet eine Flucht in die Realität des Wortes vor der Phantasie statt. Der Lügner unterscheidet sich von der Realitätsverleugnung des Psychotikers nur durch das Ausmaß. Die Realitätsverfälschung wird ihm in gewissem Ausmaße bewußt. Die erste Kindheit asozialer Kinder ist meist entbehrungsreich. Die ungünstige Realität erschwert die Flucht in die Realität. In vielen Fällen bedeutet das asoziale Verhalten eine Flucht vor den paranoiden Phantasien in die Realität, den Versuch der Selbstheilung einer initialen Psychose. Für die asoziale Charakterbildung ist ein wichtiges Problem die Identifizierung mit bösen Vorbildern.

Wenn ich nun dazu übergehe, kurz einige Fälle von Pseudologia phantastica zu schildern, die wir im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte in Königsfelden beobachten konnten und begutachten mußten, so möchte ich einen Hauptzug ihrer Wesensart mit den Worten Freuds[10] hervorheben: „Es gibt Menschen, die in ihrem Leben ohne Korrektur immer die nämlichen Reaktionen zu ihrem Schaden wiederholen oder die selbst von einem unerbittlichen Schicksal verfolgt erscheinen, während sie sich dieses Schicksal unwissentlich selbst bereiten. Wir schreiben dann dem Wiederholungszwang dämonischen Charakter zu."

Wir können unsere Krankengeschichten nur auszugsweise bringen, wie-

wohl für solche Extrakte der Einwand gilt, den Freud zusammengedrängten Analysen entgegensetzt, daß sie niemals den beweisenden Eindruck machen können, dessentwegen man sie herangezogen hat.

Jos. Walter Schlosser,* das drittälteste von 11 Kindern eines Taglöhners, ist seit dem zehnten Jahre bei einem Wirt gegen Kostgeld untergebracht. Mit 18 Jahren wird er wegen unsittlicher Betastungen eines neunjährigen Mädchens zum erstenmal verurteilt, wobei die als Zeugin einvernommene Mutter erklärt, der ungeratene Sohn sei ein Hallunke, den die Eltern verjagt hätten und nicht mehr im Hause sehen wollten. Er verdiene eine Strafe schon wegen der Ärgernisse, die er ihnen beständig antue. Innerhalb vier Jahren kommen dazu sieben weitere Strafen wegen Betrügereien und Diebstahl. Der frühere Paukenschläger stiehlt einen Taktstock und eine Damenphotographie, um sich als Musikdirektor und glücklichen Bräutigam ausgeben zu können, näht auf seine Uniform Korporalschnüre und befördert sich sogar zum Instruktionsoffizier, ist angeblich Kompagnon bei einer Orgelfabrik und Absolvent eines deutschen Technikums, läßt eine seit Jahrzehnten verstorbene Patin wieder auferstehen und knüpft mit ihr eine Korrespondenz an usw.

Nach einem zweijährigen Aufenthalt in Königsfelden hält er sich fünf Jahre lang einwandfrei mit guter Übertragung speziell auf einen der hiesigen Ärzte, dann heiratet er, begeht neuerdings Diebstähle, äußert Drohungen gegen die Behörde, wird deswegen wieder interniert und stirbt ein Jahr später an einer perforativen Appendizitis. Die Frau gab an, er habe sie beständig angelogen und sie habe deswegen auf Scheidung geklagt.

Schlosser hat in Königsfelden behauptet, er habe die erste Strafe nicht verdient, sei damals unschuldig gewesen und wegen dieser ungerechten Bestrafung sei ihm nachher alles gleichgültig gewesen.

Im Gegensatz zum Falle Abrahams hat hier die Ehe keine Heilung gebracht, sondern im Verhalten zur Frau ist er nach Jahren korrekter Aufführung wieder in die lügenhafte und diebische Einstellung zurückverfallen, die er der Mutter gegenüber einnahm, welche durch ihre gerichtliche Zeugenaussage mit zur ersten angeblich ungerechten Bestrafung des Jugendlichen beigetragen hat. Einen ähnlichen Mechanismus wie bei Abrahams Hochstapler könnte man eher beim nächsten Fall vermuten.

Walter Bäumlers Vater war ein arbeitsscheuer, großmannssüchtiger Dieb, der Unterschlagungen beging, die Mutter eine Schmugglerin, die ihre sechs Kinder, von denen Walter das zweitälteste war, zum Betteln anhielt und sich selbst überließ, da sie als Kellnerin diente. Die Eltern hielten sich gegenseitig Ehebruch vor. Beide wollten von dem Knaben, der sich in allen Beziehungen ihrer würdig erwies, nichts mehr wissen. Mit 17 Jahren wird er wegen verschiedener Diebstähle in eine Erziehungsanstalt eingewiesen, wo er sich zwei Jahre tadellos hält und vorzeitig entlassen wird, um sofort wieder zu stehlen, zu betrügen und zu vagabundieren. Er spielt

*) Alle Namen sind entstellt.

den Studenten, den reichen Amerikaner nach dem Vorbild des Vaters, fälscht Unterschriften und Telegramme. Als er mit 25 Jahren zur Begutachtung kommt, hat er sechs Vorstrafen hinter sich. Nach einjähriger Internierung in Königsfelden unter Schutzaufsicht entlassen, vermag er sich während sechs Jahren ohne Delikte zu halten.

In einer bald nach der Entlassung aus der Anstalt eingegangenen Bekanntschaft, die zu einer glücklichen Ehe führte, könnte die Ursache dieser Besserung vermutet werden, wenn nicht daneben gleichzeitig ein Freundschaftsverhältnis zu einem homosexuellen Psychopathen bestanden hätte, den Bäumler als Insassen von Königsfelden kennengelernt hat. Dieser lebte nachher beständig in seiner Nähe, verschaffte ihm Arbeit und unterstützte ihn. Auch wurde Bäumler in dem Momente wieder rückfällig, als sich dieser Freund von ihm abwandte und ihn im Stiche ließ. Jetzt entwendet er der Zimmervermieterin 10.000 Franken aus geschlossener Kommode und verbraucht das Geld für kostspielige Reisen und in Luxushotels, wo er wie früher den vornehmen Exoten spielt — ohne seine Frau. Zu zwei Jahren Zuchthaus verurteilt, will er den Namen wechseln und dann die Frau, die sich von ihm scheiden lassen soll, wieder heiraten. Gleichzeitig beklagt er sich, daß er auch seinem Freunde Unannehmlichkeiten bereitet habe. Er bringe eben allen Leuten nur Unglück.—

Der siebenmal wegen Diebstahls und Betrugs vorbestrafte Dekorationsmaler Jean Sackler kam deswegen zur psychiatrischen Begutachtung, weil er durch drei Jahre eine ganze Reihe von Schweizer Künstlern dadurch geschädigt hatte, daß er sich ihnen unter hochklingenden Namen vorstellte und sich einige Werke zur Auswahl erbat. Mit den so erhaltenen Bildern verschwand er dann. Bei anderen Kunstmalern entwendete er in unbewachten Momenten kleinere Stücke. Bei sich zu Hause signierte er die meisten dieser Bilder mit seinem Namen und gab sich seiner Frau und seiner Verwandtschaft gegenüber als deren Urheber aus.

Er war von klein auf furchtsam und schüchtern gewesen und hatte Angst vor dem überstrengen, unnachsichtigen Vater gehabt, der den Knaben seiner Phantasielügen wegen viel prügelte. Er stahl im Walde Holz, weil er beim Sammeln Angst hatte, zu wenig heimzubringen und dann gestraft zu werden. Im Militärdienst genoß er als gemeiner Soldat eine Vorzugsstellung, weil er sich als Karikaturenzeichner hervortat. Er stahl dabei bald aus einer Kassette. Als ihm die erste Frau im ersten Wochenbett starb, legte er an ihrem Grab einen Kranz nieder, auf dessen Schleife er als Feldwebel signierte. Seinen Bekannten suchte er mit goldenen Bechern und Lorbeerkränzen als Olympiasieger zu imponieren. Die zweite Frau, bei deren Verlobung er mit seinen Bilderschwindeleien begonnen hat, ist ihm geistig überlegen und ein deutlicher Ersatz für die weichherzige Mutter. Sie bezeichnet ihn als sexuell sehr wenig anspruchsvoll. Die Ehe ist kinderlos. Trotzdem sie von seinen Vorstrafen bei der Heirat nichts wußte und trotz seiner Schwindeleien mit den Bildern, für die er wegen Verhältnisblödsinns und Pseudologia phantastica als unzurechnungsfähig erklärt wurde, hat sie ihn nicht fallen lassen und ihn bei seinen Bemühungen, nach ¾jähriger Anstaltsinternierung wieder im bürgerlichen Leben Fuß zu fassen, mütterlich unterstützt. Der Mann ist bevormundet und steht unter Schutzaufsicht. Er hält sich seit bald 4 Jahren einwandfrei und bezeugt seinen ehemaligen Ärzten seine Dankbarkeit durch gelegentliche Zusendung von authentischen Aquarellen. —

Der aus vornehmer und begüterter Familie stammende Max Specke ist als jüngstes Kind und einziger Sohn wegen vieler Kinderkrankheiten, darunter einem universellen Ekzem und einer Diphtherie mit Tracheotomie, von klein auf verzärtelt und verwöhnt worden. Nach dem frühen Tod des Vaters, den er als Neunjähriger verlor, bekam er seinem Vormund und Onkel gegenüber eine recht feindselige Einstellung, zum Teil deshalb, weil er von ihm wegen seiner früh aufgetretenen Neigung zu verschwenderischen Einkäufen und Aufschneidereien viel getadelt und zurechtgewiesen worden war. In den verschiedenen Schulen, in denen man es mit ihm versuchte, versagte er überall, lebte auf großem Fuße, sammelte einen Kreis von Schmeichlern um sich und vergeudete sein Vermögen. Mit dem Strafgesetz kam er nur deswegen nie in Konflikt, weil seine Schulden und Unregelmäßigkeiten jeweils von den Angehörigen gedeckt und auf gütlichem Weg geregelt wurden. Er knüpfte wiederholt platonische Verhältnisse mit Mätressen seiner Bekannten, mit verheirateten, sogar schwangeren Frauen an, die er mit Pelzen und Schmuck beschenkte. Er gab sich als Sohn eines schweizerischen Gesandten, als Ingenieur, als Offizier aus und bestellte eine entsprechende Uniform. Er unterzeichnete Schecks im Betrag von mehreren tausend Franken auf eine Bank, bei der er keinen Rappen deponiert hatte. Er spielte auch den Erfinder und benutzte seine wertlosen Projekte, um sich Geld zu verschaffen, das er dann wieder zum Ankauf von Uhren, Ringen und Automobilen verwendete. Er meldete sich angeblich zweimal ohne Erfolg bei der Fremdenlegion und war längere Zeit Steuermann auf Mittelmeerdampfern. Die Internierung und Beobachtung in verschiedenen Sanatorien und Irrenanstalten ergab, daß es sich um einen haltlosen Psychopathen mit unbezwingbarer Neigung zur Pseudologie handelte, der urteilsschwach, aber ziemlich gewandt, sich äußerlich anzupassen und einzuschmeicheln wußte, aber leicht zu beeinflussen und zu übertölpeln war, ohne Einsicht und Verantwortlichkeitsgefühl. Specke hat es trotz des Widerstandes der Angehörigen durchgesetzt, die Tochter einer ehemaligen Zimmervermieterin, die ihm geistig überlegen ist und ihn zu lenken weiß, zu ehelichen. Ob er durch diese Heirat auf andere Bahnen kommt, kann heute noch nicht gesagt werden.

Wir haben Specke einmal aufgefordert, seine Phantasie dichterisch zu verwerten. Die so entstandene Novelle spielt in Marokko; der Held wird dabei auf geheimnisvolle Art umgebracht und zerstückelt. Seine Geliebte gibt sich dem Mörder hin, um ihn dabei durch einen Schlangenbiß zu vergiften. Sie wird vom Sterbenden erdolcht. Also ein typisches Fragment eines Schundromans!

Walter Hofmann ist der Sohn eines rohen und liederlichen Trinkers, der die Familie mißhandelt und von sich gestoßen hat, und einer zeitweise schwermütigen und körperlich kranken Mutter. Im Alter von 17 Jahren verliert er sie. Als Kind war er brav, weichherzig und ein schlechter Schüler; später wechselte er öfters die Arbeitsstellen, angeblich, um mehr zu verdienen, damit die Mutter nicht mehr in die Fabrik gehen müsse. Er war mit 20 Jahren noch Bettnässer. Bei einem trunksüchtigen Bauern und im Militärdienst kam er selber ins Trinken. Einem Kameraden entlieh er eine Uhr, die er nicht mehr zurückgab. Einmal desertierte

er im Rausch und zog sich dadurch die ersten Strafen zu, die er selber auf Mädchenbekanntschaften zurückführt, welche ihn aus dem Geleise gebracht hätten. In der Haft beging er wiederholte Selbstmordversuche, wenn er jeweils von seiner Braut keine Antwort auf seine Briefe bekam. Nach einer Abstinenzkur, die er wegen Neigung zu Depressionen und Selbstgefährlichkeit in der geschlossenen Heilanstalt absolvierte, knüpfte er ein Verhältnis mit einer älteren Witwe an, die ihn angeblich wieder zum Trinken verführte. Er begeht Schwindeleien, indem er sich als Operationswärter, als Chefmonteur, als Sohn eines Regierungsrates ausgibt, brennt mit einer neuen Braut und dem Velo von deren Bruder durch, bestellt bei einem Möbelhändler eine große Ausstattung, zeigt ihm einen Neubau in einem Landstädtchen als sein Eigentum, läßt sich von ihm im Auto zur Braut führen und für seine Bestellungen von Möbeln, Wäsche und Kleidern im Betrage von Fr. 12.000·—, die er mit falschem Namen unterzeichnet, ein Darlehen aushändigen. Er besichtigt ein zum Verkauf ausgeschriebenes Heimwesen und läßt sich vom Besitzer Geld vorschießen. In der Untersuchungshaft, in die er wegen dieser Delikte gerät, verfaßt er eine Beschwerde gegen den Staatsanwalt, die vom Verwalter und Geistlichen des Gefängnisses unterstützt wird, droht mit Selbstmord und schreibt ein Testament, in dem er seine „Ehefrau" als Erbin einsetzt. Wegen Nahrungsverweigerung muß er nach Königsfelden gebracht werden. Er behauptet, eine Krawattennadel verschluckt zu haben, fängt aber doch wieder zu essen an. Die Braut sucht er mit Suiziddrohungen zu bestimmen, wieder mit ihm anzuknüpfen. Schließlich bemüht er sich, ihr und sein außereheliches Kind als seinen Sohn anerkennen zu lassen. Er möchte in der Heilanstalt bleiben, da das Leben in der Freiheit keinen Wert mehr für ihn habe, wenn die Braut nichts mehr von ihm wissen wolle, und da er auch Angst hat, draußen wieder rückfällig zu werden. —

Albert Weichmüller verlor seine Mutter an Lungenschwindsucht mit fünf Jahren. Eine seiner Schwestern ist schwachsinnig; ein Bruder erhängte sich mit 16 Jahren aus Angst vor einer Blinddarmoperation, zwei sollen ertrunken sein. Er habe von seiten des Vaters, der ihn gegen die strenge Stiefmutter zu wenig in Schutz nahm, Enttäuschungen erlitten, deswegen fühle er sich berechtigt, andere zu täuschen. Als er seinem Wunsche entsprechend in einer Schneiderlehre war, habe man ihn ungenügend mit Kleidern ausgestattet und ihm nie geschrieben. Die Logisfrau mußte ihm sogar während der Grippezeit ein Hemd kaufen. Er läuft deshalb aus der Lehre davon, wird Hausbursche, verlangt nach acht Tagen Vorschuß, um ein Hemd zu kaufen, leiht sich einen Waschkorb aus, stiehlt einen Spazierstock, verkauft beides und verschwindet. An sieben Orten erhebt er darauf unter unwahren Angaben 34 Hemden, die er zum Teil selber braucht, zum Teil zu Schundpreisen wieder verkauft. Bei der Verurteilung wegen dieser Delikte wird sein jugendliches Alter — 18 Jahre — als Milderungsgrund, sein heller Kopf, die große Phantasie und der starke verbrecherische Wille als strafverschärfend angenommen. Später sucht er Unterkunft bei Trödlerinnen, wo man immer genügend Kleider haben könne, bettelt bei Pfarrern und Klosterfrauen, stiehlt bei solchen Geld und Uhren, gibt sich als Theologiestudent aus, der wegen Lungenkrankheit das Studium habe aufgeben müssen, unterzeichnet Briefe als Vikar, will angeblich zur Mission gehen, ein Muttergut von einigen tausend Franken in Aussicht haben.

Er übernachtet mit Homosexuellen, hat Verhältnisse mit verheirateten Frauen, behauptet auch, von Dirnen ausgehalten worden zu sein. Eine ältere Trödlerin, die wie eine Mutter zu ihm gewesen sei, für die er hausierte und bei der er Kost und Logis hatte, bestiehlt er und motiviert später vor Gericht seine Betrügereien damit, daß er ihr habe seine Schulden abzahlen wollen. Nur aus diesen macht er sich ein Gewissen. Er kehrte auch später wiederholt zu ihr zurück, ließ sich von ihr mit Kleidern, Essen und Geld unterstützen und dann wieder einklagen. Nach Königsfelden, wo er mit 22 Jahren als moralisch defekter Psychopath begutachtet wurde, kam er einmal freiwillig, nachdem er wieder überall Schulden gemacht und Geld, mit Vorliebe bei Geistlichen, entliehen, auch vorübergehend in einer anderen Irrenanstalt als Wärter sich betätigt hatte. In der Strafhaft verweigerte er die Arbeit, machte Hungerstreike, drohte mit Suizid und demolierte Geschirr und Scheiben. Einmal spielte er den Bischof, behauptete, nachts Stimmen zu hören, benahm sich aber sofort wieder normal, als er aus der Strafanstalt nach Königsfelden versetzt wurde und behauptete, er habe sich dort nur verstellt. Beim letzten Aufenthalt im Zuchthaus zog er sich in selbstmörderischer Absicht wiederholt Schnittwunden am linken Handgelenk zu, die eine Sehnennaht notwendig machten. —

Emil Schuldling ist der Sohn eines Polizisten, der jedes dritte Jahr seinen Wohnort wechseln mußte, was einen entsprechenden Wechsel der Schule und des gesamten Milieus bei dem Knaben bedingte. Er konnte so nirgends recht verwurzeln, nirgends Kameradschaften schließen; so kam von klein auf etwas Unstetes in seine Lebensführung. Er sagt von sich selber aus, daß er als Knabe schon wegen seiner Schwindeleien unbeliebt gewesen sei, mit denen er sich offenbar an jedem neuen Wohnort Geltung zu schaffen versuchte. Reagierten die Kameraden mit Spott und Hohn auf seine Lügen, so zog er sich verletzt und beleidigt von ihrer Gesellschaft zurück und gewöhnte sich daran, in der Einsamkeit seinen Phantasien nachzuspüren. Der frühe Tod der Mutter, als er neun Jahre alt war, und der darauffolgende häufige Wechsel von Haushälterinnen, Stiefmüttern und Anstaltserziehung begünstigte diese Fehlentwicklung noch, der Knabe konnte sich niemandem längere Zeit gemütlich anschließen und stieß statt auf Verständnis auf Gleichgültigkeit, Abneigung und Ungeduld. Nach seiner Behauptung spielte das Prügeln unter den Erziehungsmethoden eine große Rolle. Man habe ihn z. B. geschickt, für die Kaninchen in fremden Wiesen Gras zu holen, dann habe ihn zuerst der Bauer, nach der Rückkehr die Stiefmutter und am Abend der Vater durchgehauen.

In der Zwangserziehungsanstalt, wo er den Schreinerberuf erlernte, hielt er sich während drei Jahren tadellos. Er machte eine gute Lehrlingsprüfung.

Nach einer unglücklichen Liebschaft mit einem unehelichen Mädchen wird er vom Vater aus dem Haus fortgejagt; er ist vorübergehend im Spital wegen Neurasthenie und Magenneurose; dort raten ihm die Ärzte, den Beruf eines Nachtwächters aufzugeben, den er offenbar nur ergriffen hat, weil er nachts keine Ruhe und keinen Schlaf findet. Er macht dann einen Suizidversuch mit einem Revolver, und kurz nachher erfolgt beim 23jährigen die erste Bestrafung, der sich in der Zeit von fünf Jahren zehn weitere anschließen. Er hat seinen Logisgebern aus der geschlossenen Kommode 200 Frs. entwendet, gleichzeitig aber auch ein vierjähriges Mädchen derselben auf die Hobelbank gelegt, entblößt und vor ihm exhibitioniert.

Er umarmte auch die Mutter desselben, zog sich deren Unterhose an und onanierte darin. Er war schon mit neun Jahren deswegen gestraft worden, weil er versucht hatte, der Lehrschwester in der Erziehungsanstalt unter die Röcke zu blicken. Später hatte er Wälder und Parks aufgesucht, um geschlechtliche Sachen beobachten zu können, und auch die Wahl des Nachtwächterberufs war durch sein Voyeurtum bestimmt worden. Als er zum fünftenmal vor den Schranken des Gerichtes steht, ist er in der Lage, ein spezialärztliches Gutachten vorzulegen. Er ist wegen Schlaflosigkeit vom Arzt an einen Nervenarzt gewiesen worden, der ihm eine Kur in einer nahen Pension anrät und ihn während derselben psychotherapeutisch behandelt. Der Patient beschafft sich die Mittel zu dieser Kur durch Schwindeleien gegenüber dem Pensionsinhaber, vertrauensseligen Wirtinnen und Kellnerinnen. Der Staatsanwalt ließ sich durch das Gutachten nicht davon überzeugen, daß Schutzaufsicht bei dem vermindert zurechnungsfähigen, pseudologischen, haltlosen Psychopathen nicht genüge, sondern nur ein möglichst langer Anstaltsaufenthalt. So wurde Schuldling innerhalb kürzester Zeit wieder rückfällig, beging Velo- und Uhrendiebstähle, lockte den Leuten unter allerlei Schwindeleien das Geld aus der Tasche, verübte Zechprellereien, gestand meist sofort, zeigte sogar Delikte an, die gar nicht bekannt worden waren, nur um, wie er sagte, endlich einmal reinen Tisch zu machen. Auch in einer Arbeiterkolonie machte er sich nach kurzer Zeit durch seine Schwindeleien und sein unaufrichtiges Verhalten unmöglich. Er behauptete dort, er sei in der Fremdenlegion gewesen und habe Reisen nach Rußland und Asien gemacht. Das letzte Delikt, das zur Begutachtung in Königsfelden führte, hatte wieder deutlich sexuelle Wurzeln. Schuldling hatte sich ganz in der Nähe des Ortes, wo er sein erstes Delikt begangen, in die Nichte seiner Logisgeberin, ein schwerhöriges, uneheliches Mädchen, verliebt, sich mit ihr unter lügnerischen Angaben über sein Vermögen verlobt und war, als sein Vater nicht sofort erschien, um dem neuen Bund seinen Segen zu geben, unter Zurücklassung von Schulden und unter Mitnahme von zwei Zwanzigernoten der Logisgeberin und von einem Geschenk, das die Braut von einem früheren Liebhaber erhalten hatte, und das er gegen eine goldene Uhrkette umgetauscht hatte, verschwunden. Auch diesmal wieder hatte er sich vor Begehung der Tat wegen nervöser Störungen an einen Arzt gewendet und sich, natürlich gratis, behandeln lassen und nach dem Delikt bei einem anderen Arzt Hilfe gesucht.

Dem Begutachter versicherte er immer und immer wieder, daß er seinen Drang zum Lügen und Stehlen für unüberwindbar halte, daß er Angst habe, in die Freiheit zurückzukehren, weil er nicht die Kraft besitze, ihn zu beherrschen und daher wieder rückfällig und strafbar würde. Er begehe seine Delikte nicht absichtlich und überlegt, sondern komme erst nachträglich zur Klarheit darüber. Er war auch während der Beobachtungszeit nicht imstande, bei der Wahrheit zu bleiben. Durch die völlig unwirksamen Strafen erschien er zunehmend verbittert, und wir hielten es mit seinem Vater nicht für ausgeschlossen, daß er bei weiterer Bestrafung in eine so antisoziale Einstellung geraten könnte, daß er dann auch zu schweren Verbrechen fähig würde. Seine Einstellung zu den Angehörigen, speziell zur Stiefmutter, war jetzt schon derart, daß sie an Verfolgungswahn grenzte. Er fühlte sich überall von ihr benachteiligt und beobachtet, glaubte, daß ihre bösen Wünsche ihm

gegenüber die Kraft hätten, ihn zum Verbrechen zu verleiten und seine Umgebung gegen ihn einzunehmen.

Als nach unserem Gutachten die Untersuchung gegen ihn eingestellt und ihm der Beschluß eröffnet wurde, er sei dem Heimatskanton zu dauernder Verwahrung in einer geschlossenen Heilanstalt zu übergeben, sah er in der folgenden Nacht einen Totenraum, darin ein Gestell mit des Vaters Kopf und aufgehängten Leichenteilen und äußerte die Vermutung, man wolle ihn mit solchen Visionen zum Mörder machen. Die Stiefmutter wolle den Vater beseitigen, weil dieser ihm helfen möchte. Mit starkem Affekt erzählte er dann von einem Sittlichkeitsdelikt, das er während seines Spitalaufenthaltes an einem zwölfjährigen Mädchen begangen — er zog es aus, berührte seine Genitalien und exhibierte vor ihm. — Er habe oft solchen Mädchen nachgestrichen mit dem Verlangen, sie zu zerstückeln. Er habe auch oft solche Träume. Weil ihm der Drang dazu auch bei seiner letzten Braut gekommen sei, habe er sich geflüchtet. Als Zwölfjähriger hatte er eine Freundschaft mit einem Metzgerburschen, habe oft beim Schlachten zugesehen, trotzdem ihm das vom Vater und vom Metzgermeister streng verboten worden sei. Einmal sah er auch, wie eine trächtige Kuh mit zwei Kälbern im Leib geschlachtet wurde. Es habe ihn selber gelüstet, so zu töten und zu metzgen. Kurz darauf begann er mit seiner damals neunjährigen Schwester die gleichen Schweinereien wie später mit dem zwölfjährigen Mädchen. Er habe damals auch die blutige Wäsche der Stiefmutter im Schlafzimmer entdeckt und vermutet, das sei etwas Geschlechtliches vom Vater her. Dann beobachtete er auch einen Nachbarn mit seiner Frau im Walde halbnackt. Als er dem Vater davon erzählte, bekam er einen Verweis, aber keine Aufklärung. Die Logisfrau am Orte seines ersten Deliktes habe ihm von ihren Geburten erzählt und in einem Arztbuch entsprechende Abbildungen gezeigt. Dadurch sei er in sexuelle Erregung geraten, habe bei dem kleinen Kinde nachsehen und die Frau selber umarmen wollen. Bei allen seinen Delikten sei so etwas mit im Spiel gewesen. Einmal wollte er auf dem Heimweg von einem Ball, wo er nur zusah, weil er nicht tanzen könne, ein Mädchen überfallen und sei im letzten Augenblick durch Passanten daran verhindert worden. Als Knecht habe er mit einem dreimonatigen Kalb Sodomie getrieben und es dann erwürgt. Als an einem anderen Ort die Meisterin niederkam, haben ihm deren zwei Buben erzählt, daß die Nachgeburt im Keller vergraben sei. Er grub sie wieder aus und sei so erregt geworden, daß er mit einem zehnjährigen Knaben onanierte. An einem Ort lernte er ein 19jähriges Dienstmädchen kennen und überwältigte es abends außerhalb des Dorfs. Er floh dann unter Zurücklassung des Lohnes. Wenn er halbwüchsige Mädchen sehe, komme der Drang über ihn, sie zu töten. Er fliehe dann meist in der Absicht, sich selber das Leben zu nehmen. Das wäre noch besser, als an seinem Vater zum Mörder zu werden. Er hätte sich schon wegen einer Kastration an einen Arzt gewendet, wenn er nicht Angst hätte, den Grund angeben zu müssen und dann eine Anzeige befürchten würde.

Auch nachdem Schuldling in die Heilanstalt seines Heimatkantons versetzt worden war, bestätigte er uns in verschiedenen Briefen seine immer wiederkehrenden Gelüste nach Blut, nach einer richtigen Menschenmetzelei. Gerade Menschen, die er liebe, stehen vollständig zerlegt und blutig vor seinen Augen, besonders nachts.

Dann werde er unruhig, und früher habe er darum die schönsten Stellen verlassen und neue Delikte begangen. Oft sei er schon an irgendeinen Ort gereist mit dem einzigen Gedanken, einen jungen Menschen völlig zu zerstückeln. An solchen Gedanken finde er tagelang volle Befriedigung, bis er dann merke, mit was für gemeinen Gedanken er sich eingelassen habe. Dann komme der Gedanke an Selbstmord, und er bekomme Verdauungsstörungen, Darmkrämpfe und Durchfall. —

Frieda Kocher, die mittlere von sieben Geschwistern, war von früher Kindheit an scheu und unlenksam. Als die Vierjährige vom Vater einmal körperlich gezüchtigt wurde, kam sie zwei Jahre lang nicht mehr zum Essen an den Tisch, solange der Vater da war. Sie hinterging die Eltern beständig, lief oft mittags fort, um erst in der Nacht wieder heimzukommen. Man gab sie daher einige Jahre zu Verwandten in Erziehung. Mit zwölf Jahren stahl sie Geld in der Küche, dem Vater aus den Kleidern und verwendete es für Süßigkeiten. Einem Bruder entwendete sie eine Uhr und verkaufte sie. Sie verleumdete die Eltern, sie bekomme zu wenig zu essen, und bettelte Fremde an. Als Schülerin strich sie viel den Burschen nach; gleich nach der Konfirmation hatte sie den ersten Geschlechtsverkehr in einer Scheune nahe dem Elternhaus, dann mit einem Nebenarbeiter in einer Färberei. Einen Chauffeur, dem sie sich hingab, bestahl sie. Sie wurde deswegen von ihrer Mutter der Polizei angezeigt. Dann reist sie unter fremdem Namen herum, bettelt Mitreisende an, läßt sich in einer Metzgerei Fleisch aushändigen, bestiehlt Beischläfer, kauft sich aus dem gewonnenen Geld Kleider. Für zwei Jahre in eine Besserungsanstalt eingewiesen, entweicht sie nach drei Monaten, indem sie die Verwalterin bestiehlt. Sie erhebt unter falschen Angaben Jacke, Ledertasche, Hut, Bluse, erbricht Koffer und Kasten mit Stemmeisen, gibt sich als Verwandte des Ortspfarrers aus. Die erlisteten Objekte werden teils wieder verkauft, teils einer Bekannten geschenkt. Vor Gericht entschuldigt sie sich damit, daß sie von der Mutter verstoßen sei und kein Heim mehr habe. Wegen Haftpsychose mit 22 Jahren nach Königsfelden verbracht, behauptet sie, sie höre seit langem nachts die Mutter weinen und ihr Vorwürfe machen; es träumt ihr auch, sie habe ihre Mutter erschossen, zwei Männer mit Gewehren verfolgen sie, die Patientin, auf den Friedhof und erschießen sie dort. Sie behauptete, im Besitz fremder Dinge habe sie Angst, die durch das Verschenken wieder schwinde.

Nach eineinhalbjährigem Aufenthalt in der Anstalt an eine Stelle unter Schutzaufsicht entlassen, entweicht sie dort nach einigen Tagen nachts, erhebt in betrügerischer Weise in einem Geschäft Kleiderstoff; in der Haft versucht sie sich zweimal zu erhängen. Sie gab an, mit zwei Freundinnen Beziehungen gehabt zu haben, von denen sie eine im Zuchthaus kennenlernte. Die eine habe mit ihrer sexuellen Veranlagung eine unwiderstehliche Macht auf sie ausgeübt, sie finanziell ausgebeutet und zu Delikten veranlaßt. An einem Ort habe sie auch einen Betrug im Namen ihrer „armen" Eltern begangen. Sie verübte dann Schwindeleien in größerem Maßstab, erhob goldene Herrenarmbanduhren auf Rechnung eines Pfarrers, auf die eines anderen gestickte Westen, dann Sportgeräte. Mit 22 Vorstrafen wegen Debilität als unzurechnungsfähig erklärt, kam sie vor drei Jahren zum drittenmal in unsere Anstalt. Sie hat jetzt deutliche homosexuelle Liebeleien mit anderen Patientinnen, schreibt ihnen Liebesbriefe, sagt einer, sie wolle zu ihr

kommen, um Blut zu lecken, wenn sie menstruiere. Wenn ein Mädchen ihr zu Willen sei, brauche sie keine Burschen. Abgesehen von den gelegentlichen Eifersüchteleien und Zänkereien ist das Mädchen geordnet und fleißig; sie soll daher nächstens unter der Obhut eines Vormunds in ein Frauenheim versetzt werden, wo sie einen Teil der Kosten durch eigene Arbeit decken kann.

Wenn wir die acht kurz skizzierten Fälle überblicken, so stellen wir in drei Fällen, bei Bäumler, Weichmüller und Kocher, manifeste homosexuelle Tendenzen fest. Schlosser und Schuldling erweisen sich durch ihr erstes Delikt als pädophil, der zweite zudem als Transvestit. Zum Problem der Pädophilie hat unseres Erachtens Wittels in seiner Umschreibung der Lilithneurose[11] einen wertvollen Beitrag geleistet. Er führt darin aus, daß von Natur jeder Mensch bisexuell veranlagt sei und daß dieses biologische Prinzip als solches vom Kind zuerst erlebt werde, nachdem es die Zwiegeschlechtigkeit des Elternpaares erfaßt habe. Männer mit starker weiblicher Komponente identifizierten sich mit der Frau und suchten in ihrer masochistischen Haltung das Mutterideal, das für sie sorge. Wenn sie dieses nicht fänden und kurz vor der Homosexualität angelangt seien, suchten sie ihr Ideal in der Schönheit der Puppe. Lilith ist nach der Sage die erste Frau Adams mit den Eigenschaften des Kind-Weibes.

Hofmann und Sackler zeigen ausgesprochen feminine Charakterzüge. Specke hat mehrfach platonische Verhältnisse zu verheirateten Frauen und Mätressen seiner Freunde. Bei allen acht Fällen vermissen wir somit den eindeutig heterosexuellen Trieb.

Ziehen wir dazu noch die sieben Patienten in Betracht, die Delbrück in seiner Abhandlung beschrieben hat, so stoßen wir da auf eine homosexuelle Transvestitin, ferner auf zwei Paranoide, bei denen die Homosexualität nach Freuds Auffassung der Psychose zugrunde liegt, und schließlich auf zwei weitere Kranke mit deutlichen homosexuellen Zügen. Solche sind ebenfalls unverkennbar bei dem Kranken, den J. Jörger sen.[12] in ausführlicher und anschaulicher Weise schilderte. Und aus der Pathographie, die Paul Bjerre[13] dem zur Zeit berüchtigtsten Pseudologen, nämlich Kreuger, gewidmet hat, vernehmen wir von dessen stark ausgeprägter Jünglingserotik, einer unglücklichen Verlobungsaffäre und einer sehr merkwürdigen Güte und Hilfsbereitschaft, die der Autor aus der sozialen Unbefriedigtheit des immer Einsamen in seinem Muttertrieb, letzten Endes aus seiner psychischen Zweigeschlechtigkeit ableitet.

Daß sich unter unseren acht Fällen nur eine weibliche Patientin findet,

ist kein zufälliges Verhältnis. Wulffen macht in seiner Kriminalpsychologie[14] darauf aufmerksam, daß die weiblichen Hochstapler seltener sind, und erklärt es damit, daß sie von ihren Geschlechtsgenossinnen schneller entlarvt werden. Er verweist auch in diesem Zusammenhang auf die weibliche Komponente im Wesen des phantasiebegabten Dichters und erinnert an die Aufschneidereien des Jägers, des Studenten und Reisenden. Wenn wir für diesen präziser den Seefahrer einsetzen, so können wir erkennen, daß die phantastische Erzählung sich als Produkt einer vorwiegend mann-männlichen Gesellschaft entpuppt. Wir haben an anderer Stelle gezeigt, wie diese mann-männliche Gesellschaft zur Trinksitte und zur Trunksucht neigt. Unter unseren Pseudologen ist nur bei einem, bei Hofmann, diese Neigung zur Sucht vorhanden, wohl aber auch bei zwei Patienten Delbrücks.

Wenn Wulffen von einem rauschartigen Zustand des Dichters und Schwindlers spricht, so können wir nach den Beobachtungen an den meisten unserer Kranken bestätigen, daß sie dann, wenn sie ihre Tagträume produzieren, sich in einem oft objektiv feststellbaren Dämmerzustand befinden, an den sie sich nachher nur mangelhaft erinnern und den wir uns als eine Art Orgasmus deuten müssen, entstanden aus jener von Freud hervorgehobenen Verlötung von Tagtraum mit Onanie.

Wir möchten also als erstes Ergebnis unserer Untersuchung die Sätze aufstellen:

Die krankhaften Lügner lügen wie Kinder, die über die Art ihres Geschlechtes noch nicht ins Klare gekommen sind. Sie suchen ihr Leben lang eine sie schützende Mutter und ein Heim.

Da nie die ganze Persönlichkeit beteiligt ist an ihren Bestrebungen, sich der Wirklichkeit und den Objekten anzupassen, sondern entweder nur der männliche aktive oder der weibliche passive Teil ihres Wesens, so bleibt jede Betätigung nur ein Spiel, von dem sie unbefriedigt bleiben und bei dem sie ein schlechtes Gewissen haben.

Freud kommt in seiner Untersuchung über die weibliche Sexualität[15] — wobei er auch auf die für die menschliche Anlage behauptete Bisexualität hinweist — auf die allgemeine Tendenz zu sprechen, einen passiv erhaltenen Eindruck durch aktive Reaktion zu bewältigen, und erwähnt, daß auch das Kinderspiel in den Dienst dieser Absicht gestellt wird. Wälder, der speziell die psychoanalytische Theorie des Spiels[16] bearbeitet hat, erinnert daran, daß Freud bei der Lehre vom Wiederholungszwang ausdrücklich Bezug nimmt auf Beobachtungen beim Kinderspiel, daß dieses zur Verarbeitung

von peinlichen Erlebnissen diene, die nicht auf einmal bewältigt werden könnten. Auch er hebt als wichtig hervor die Vertauschung der Rollen, die Wendung von der Passivität zur Aktivität. Das Verschwimmen von Realität und Phantasie sei eine Voraussetzung dafür, daß es zum spielerischen Abreagieren der Erlebnisse kommen könne. Er nennt das Spiel einen Urlaub von der Realität und einen Urlaub vom Überich.

Erinnern wir uns an die schwierigen und ungünstigen Umweltverhältnisse, in denen unsere acht Phantasielügner aufgewachsen sind — auch der verhätschelte, einzige Sohn Specke mit seinem universellen Ekzem und seiner Tracheotomie bildet da keine Ausnahme — so dürfen wir annehmen, daß es bei keinem an peinlichen Erlebnissen gefehlt hat, die er in spielerischer Weise zu verarbeiten suchte.

Er gibt in diesem Spiel ein Stück seiner Tagträume preis und sucht für diese Wahl durch Betrug oder Diebstahl einen Ersatz zu gewinnen.

Wenn wir vernehmen, daß Schlosser den Taktstock seines Kapellmeisters, Weichmüller einen Spazierstock entwendet oder dann aus dem geschlossenen Schrank seiner mütterlichen Logisgeberin sich Geld aneignet, so ist in solchen Delikten die symbolische Bedeutung einer Kastration oder eines Inzestes unverkennbar.

Er schädigt und betrügt dabei nicht nur seine Umgebung, deren Zutrauen er durch raffinierte Einfühlung in ihre Bedürfnisse und Wünsche gewonnen hat, sondern auch sich selbst.

Dieser Einfühlung ist er deswegen in höherem Maße fähig, weil er durch seine bisexuelle Veranlagung und Triebrichtung sich mit Personen beiderlei Geschlechts besser zu identifizieren vermag als der Normale, bloß heterosexuell gerichtete.

Hinter diesem Spiel, das ihn nie befriedigen kann, stecken primitive, prägenitale Triebe, durch eine verkehrte, brutale Erziehung angeregter Sadomasochismus, orale Zerreißungs- und Zerstückelungstendenzen, analer Beschmutzungsdrang — unsere Mundart hat ja für den Betrug eine bezeichnende, daher stammende Umschreibung — exhibitionistische und dem Schautrieb frönende Tendenzen. Weil die direkte Befriedigung dieser Perversionen zu wenigstens teilweise schweren Verbrechen führen müßte, empfindet der mit den Lügen Spielende Angst vor seinen eigenen Trieben, Angst vor der Freiheit. Seine Lügen und Betrügereien stellen somit 1. im Vergleich mit den Triebwünschen relativ harmlose Ersatzbefriedigungen dar, 2. Selbstbestrafungen für die dahinter verborgenen Triebe, 3. Versuche, den strengen Vater in seinen verschiedenen Imagines durch Bekenntnis und Sühnebereitschaft zu

versöhnen. Solche Imagines sind in erster Linie die Untersuchungsbeamten, die Richter und die Strafvollzugsbeamten. Sie werden das eine Mal mit den oft ungeheuerlichsten Lügengespinsten bedacht, das andere Mal wieder begegnen sie den vollständigsten und umfassendsten Geständnissen und einer Unterwürfigkeit, einer Dienstbereitschaft und einem Gehorsam, wie sie vereint nur die Ambivalenz des Sohnes dem Vater gegenüber zu schaffen vermag. Eine zweite Vaterimago, der sich der Phantasielügner mit Vorliebe nähert, ist der Geistliche. Wir erinnern an den Kranken Weichmüller, der nicht nur überall Pfarrherren anbettelt, betrügt und bestiehlt, sich als Theologiestudenten und Missionszögling ausgibt, sondern sich auch in seiner Haftpsychose mit einem Bischof identifiziert. Die Kocher spielt mit Vorliebe die Besucherin in Pfarrhäusern und hat es auf leichtgläubige Geistliche abgesehen. Schuldling kauft sich religiöse Schriften, schließt sich Sekten an, grübelt über Glaubensprobleme nach. Von Delbrücks Fällen beschreiten zwei die Laufbahn der Theologie; auch Jörgers Patient arbeitet stark mit religiösen Fiktionen. Und nun erscheint es uns in diesem Zusammenhang nicht ohne Interesse, von einigen in letzter Zeit erschienenen Publikationen Kenntnis zu nehmen, die von verschiedenen Standpunkten aus in bezug auf religiöse Entwicklung der Welt zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommen. Kranefeldt,[17] ein Schüler Jungs, konstruiert einen Rhythmus im Wandel von der Verehrung Gottvaters zum Marienkult, dann in der Reformation wieder zum Vatergott zurück und heute nach dem Weltkrieg wieder zurück zur Suche nach dem weiblichen Prinzip. Das zentrale Geheimnis der religiösen Sublimierung sei die verschiedene Gestaltung des Mann-Weiblichen. Die nordischen Mitglieder unserer Vereinigung Schjelderup schreiben über drei Haupttypen der religiösen Erlebnisformen[18], wobei bei Überwiegen der Sehnsucht nach dem Göttlichen die Mutter, bei Vorherrschen der Schuldgefühle und der Furcht der Vater und bei Phantasien der eigenen Göttlichkeit das Kind zum Gott erhoben werde. Und schließlich behandelt Colin Roß in seinem Buch „Der Wille der Welt"[19] die drei großen Wellen in jenem kleinen Ausschnitt aus dem unendlichen und nirgends begrenzbaren Weltgeschehen, den wir als historische Realität zu überblicken vermögen: Die Welle des Totem und Tabu mit dem Primat des weiblich-intuitiven Fühlens im Mutterrecht; die Welle des Glaubens und Geldes, in welcher der männliche individualistische Geist zur Vorherrschaft gelangt ist, und schließlich die neue heransteigende Welle, die das Wesen der beiden vorhergehenden zu einer Einheit eines androgynen Wesens verschmelzen wird. Bei dieser Phantasie des Weltenbummlers Roß ist mir eingefallen, daß mir seinerzeit die erste

Bekanntschaft mit Jakob Boehme[20] und dessen Idealgestalt des androgynen Adam durch einen alten, pseudologen Globetrotter vermittelt wurde, der in Rheinau das Asyl seines Alters gefunden hatte und von da aus mit konfusen Schriften über den schlesischen Mystiker von Geistlichen Almosen und Unterstützungen herauszulocken verstand.

Der androgyne Adam verkörpert den sich selbst genügenden und sich selbst befriedigenden infantilen Narziß, der mit der Welt, die ihn umgibt und die er in seiner Phantasie beherrscht, nur sein Spiel treibt.

Kehren wir nach diesem Exkurs auf den Ozean der Spekulation und Illusion zu unseren Kranken zurück.

Selbstverständlich bekommt auch die dritte Kategorie der Vaterimagines, mit denen der Phantasielügner in Berührung kommt, d. h. der Arzt, speziell der begutachtende Psychiater, die ihm entgegengebrachte Ambivalenz des Patienten ausgiebig zu spüren. Immer und immer wieder wird er mit den wunderbarsten Tagträumereien beschenkt, und muß er nach den Akten feststellen, daß es dem Kranken trotz aller Versicherung seiner Aufrichtigkeit und trotz aller Bestrebung, bei der Wahrheit zu bleiben, einfach unmöglich ist, diese von seinen Märchen zu scheiden.

Aus dieser Beobachtung können natürlich schwerwiegende Zweifel an der Zuverlässigkeit unserers Materials abgeleitet werden, so sehr wir uns auch in allen Fällen bemüht haben, uns auf Angaben objektiver Drittpersonen und auf behördliche und gerichtliche Akten zu stützen. Wenn die meisten Gutachter mit Rücksicht auf diese Unzuverlässigkeit der Angaben und die Täuschungsversuche dieser Exploranden das Thema der Simulation und Aggravation ausgiebig behandeln, so beweist auch das, daß sie das Gefühl, der Kranke treibe lediglich sein Spiel, nicht los werden.

Da die Außenwelt auf diese gefährlichen Spiele in der Regel mit Mißtrauen und Feindschaft reagiert, so stellen die Lügen in vierter Linie einen Versuch dar, einen Schutz zu gewinnen vor der feindlichen Realität.

In fünfter Linie können wir aber ihr ganzes Gebaren auch als eine Flucht von der stets drohenden Psychose, d. h. vor einer Überflutung des Ichs durch die gefährlichen und stets unbefriedigten Strebungen des Es betrachten. Die Phantasielügner stehen tatsächlich beständig an der Grenze, am Rande des Abgrunds. Bleuler[21] beobachtete, — wie er sagt, merkwürdigerweise — zweimal die Pseudologia phantastica als Vorläufer einer progressiven Paralyse und einer Schizophrenie in so ausgesprochener Weise, daß er die Grundkrankheit längere Zeit übersah. Von unseren Fällen haben Kocher und

Weichmüller ausgesprochene Haftpsychosen durchgemacht, Hofmann und Schuldling Depressionen mit Suizidversuchen. Daß bei diesen Wendungen des Sadismus gegen die eigene Person die Nahrungsverweigerung eine große Rolle spielt, erhellt die Bedeutung des oralen Zerreißungs- und Zerstückelungstriebes. Auch der Tod Schlossers an einer Perforationsperitonitis gehört wohl in das Gebiet eines larvierten Selbstmords. In Gottfried Kellers anmutiger Seldwyler Geschichte „Kleider machen Leute" legt sich der Schneider Strapinsky, die dichterische Verklärung einer Pseudologia phantastica, von Hohn und Schmach getrieben, in den nächtlichen Schnee des Waldes, um den Tod zu suchen, aus dem ihn die Liebe seines Nettchens rettet.

Die Pseudologia phantastica ist keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptomenkomplex oder ein Syndrom, das bei verschiedenen Krankheiten vorkommen kann. In den von uns skizzierten Fällen handelt es sich wohl ohne Ausnahme um haltlose Psychopathen mit ausgesprochener erblicher Belastung, bei denen also nicht nur das ungünstige Milieu und die mangelhafte Erziehung als ätiologische Faktoren in Betracht zu ziehen sind. Bei den einen ist von einzelnen Gutachtern mehr der intellektuelle, bei anderen vorwiegend der moralische Defekt hervorgehoben worden. Man könnte auch die Mehrzahl unserer Kranken zu den sogenannten kriminellen Heboiden (vergl. Lange[22]) zählen, womit ihre nahe Verwandtschaft mit eigentlichen Prozeßpsychosen stärker betont würde. Die Prognose ist nach der einen wie nach der anderen Auffassung keine rosige.

Auf jeden Fall ist stets eine möglichst frühzeitige psychiatrische Beobachtung zu fordern. Dabei wird auch von nicht psychoanalytischer Seite genaue anamnestische Untersuchung besonders der Kindheit und ersten Jugend gefordert (vergl. Glaser[23]), die um so fruchtbarer und klarer ausfallen wird, je mehr sie mit psychoanalytischem Verständnis und unter Berücksichtigung analytischer Gesichtspunkte erfolgt. Eine eigentliche therapeutische Analyse aber erscheint uns nicht indiziert.

Zur Ehe werden wir kaum einmal raten können, denn nur unter ganz besonders günstigen Konstellationen, wie im Falle Abrahams, kann dadurch eine weitgehende Besserung erzielt werden. Ähnlich verhält es sich mit der Kastration, die ja beispielsweise von Schuldling selber erwogen wurde. Theoretisch erscheint damit eine Umstimmung und Harmonisierung des Trieblebens ermöglicht werden zu können, praktisch setzt erfahrungsgemäß der operativ bewirkte körperliche Defekt zu den bestehenden psychischen noch einen neuen schwerwiegenden hinzu. Der scheinbar gelungene Fall D. aus Hans Binders[25] interessanter Abhandlung: „Das Verlangen nach Ge-

schlechtsumwandlung" kann deswegen hier nicht in Frage kommen, weil bei ihm keine ausgesprochenen pseudologischen Züge vorhanden sind.

Nur wenigen ist gegeben, ihre Phantasie als Seefahrer, als moderner Odysseus auszuleben, im Meer ihre Heimat und im Schiff ihre Mutter zu finden, wie es der zum Engländer gewordene Pole C o n r a d vermochte. Auch der Versuch, die Aggressionen in der eisernen Disziplin der Fremdenlegion zu bändigen und im Kampf mit Wilden als zivilisatorische Tätigkeit zu rechtfertigen, gelingt nur wenigen und ist verpönt.

So werden wir versuchen, unseren Phantasielügnern in einem verständnisvollen und wohlorientierten Vormund einen Ersatz für den fehlenden oder unfähigen Vater zu geben.

Die besten Erfolge bei solchen Menschen sind bisher nach unserer Erfahrung in Arbeiterheimen erzielt worden, wie K e l l e r h a l s[24] eines in vorbildlicher Weise in Witzwil geschaffen hat. Es wird da nicht nur der Drang nach einem Heim mit der Möglichkeit zur Verwurzelung befriedigt, nicht nur durch die vorwiegend gleichgeschlechtliche Kameradschaft das Triebleben polarisert und beruhigt, sondern es werden in produktiver Arbeit — vorwiegend Meliorationen und Feldbau — die aggressiven und inzestuösen Tendenzen sublimiert und das Schuldgefühl abreagiert. Das kann nicht im Zuchthaus mit seiner scharf begrenzten Strafzeit geschehen, wie die Rückfälligkeit und Unverbesserlichkeit solcher Elemente beweist. Aber auch die Heil- und Pflegeanstalt ist auf die Dauer nicht der richtige Aufenthaltsort, weil sie sich hier entweder im Gefühl, für ihre Handlungen nicht als verantwortlich taxiert zu werden, gehen lassen und ihre Umgebung plagen oder aufhetzen oder aber sich in psychotische Zustände, die sie hier beobachten können, einfühlen, sie kopieren und schließlich darin versinken. Zu dieser Erfahrung ist eben auch D e l b r ü c k gelangt, der anfänglich, als er den Begriff der Pseudologia phantastica schuf, die Tendenz hatte, diese Leute als Unzurechnungsfähige in Heilanstalten dauernd zu internieren.

Z u s a m m e n f a s s u n g.

Nach einem flüchtigen Rückblick speziell auf das psychoanalytische Schrifttum über die krankhafte Lüge werden acht in Königsfelden und außerhalb der Anstalt während vieler Jahre beobachtete Fälle von Pseudologia phantastica auf dem Boden haltloser Psychopathie kurz skizziert. Sieben davon sind Männer.

Bei allen vermissen wir eine eindeutig heterosexuelle Erotik; dafür läßt

sich eine mehr oder weniger ausgesprochene bisexuelle Veranlagung und Triebrichtung feststellen.

Sie lügen wie Kinder, die über die Art ihres Geschlechts noch nicht ins Klare gekommen sind. Da nie die ganze Persönlichkeit an ihren Bestrebungen, sich der Wirklichkeit und den Objekten anzupassen, beteiligt ist, sondern entweder nur der männlich-aktive oder der weiblich-passive Teil ihres Wesens, so bleibt diese Betätigung stets nur ein Spiel, von dem sie ewig unbefriedigt bleiben und bei dem sie stets ein schlechtes Gewissen haben, weil weder Über-Ich noch Es dabei auf ihre Rechnung kommen. Da sie bei diesem Spiel ein Stück ihrer Tagträume als Gabe ausliefern, halten sie sich für berechtigt, durch Betrug oder Diebstahl eine Gegengabe, die meist symbolische Bedeutung hat, zu gewinnen.

Die unbefriedigten Triebe sind vorwiegend prägenitaler Natur, orale Zerreißungs- und Zerstückelungs-, anale Beschmutzungs-, Exhibitions- und Voyeurtendenzen. Weil deren direkte Befriedigung zu schweren Delikten führen würde, empfindet der statt ihrer mit Lügen Spielende Angst.

Seine Lügen bedeuten somit: 1. relativ harmlose Ersatzbefriedigungen, 2. Selbstbestrafungen, 3. Versuche, den strengen Vater und seine Vertreter durch sofortiges Bekenntnis und durch Sühnebereitschaft zu versöhnen, 4. Schutz vor der feindlichen Realität, 5. Schutz vor der drohenden Überflutung des Ichs durch die gefährlichen Strebungen des Es, also vor der Psychose.

Der krankhafte Lügner gehört weder ins Zuchthaus noch in die Irrenanstalt, sondern dauernd in Arbeiterheime, wo er in kameradschaftlicher Gesellschaft verwurzeln, seine aggressiven und inzestuösen Tendenzen in produktiver Arbeit an der Mutter Erde sublimieren und sich so vom Schuldgefühl befreien kann.

Literatur.

1) Blum: Geisteskrankheit und Gesellschaft. Schweiz. med. Wochenschrift, 59. Jg., S. 1129.

2) Behn-Eschenburg: Ursachen und Bekämpfung der Vorurteile gegen die Psychiatrie und die Irrenanstalten. Schweiz. med. Wochenschrift, 59. Jg., S. 1385.

3) Delbrück, A.: Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Verl. Enke. Stuttgart 1891.

4) Freud: Hysterische Phantasien und ihre Beziehungen zur Bisexualität. Ges. Schr., Bd. V, S. 246.

5) Freud: Der Dichter und das Phantasieren. Ges. Schr., Bd. X, S. 229.

6) Deutsch, Helene: Über die pathologische Lüge. Int. Ztschr. f. Psa., VIII, 1922.

7) Sachs, H.: Gemeinsame Tagträume. Imagobücherei, V, Wien 1924.

8) Abraham: Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis. Imago, XI, 1925, S. 355.

9) Schmideberg, Melitta: Zur Psychoanalyse asozialer Kinder und Jugendlicher. Int. Ztschr. f. Psa., XVIII, 1932, S. 474.

10) Freud: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psa. Int. psa. Verlag, Wien 1933, S. 147.

11) Wittels, F.: The Lilith neurosis. Projection of the female component in men. Psa. Rev., ref. in Zeitschr. f. Neurologie und Psychiatrie. Jg. 65, S. 420.

12) Jörger, J.: Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. Vierteljahrsschrift f. ger. Medizin u. öff. Sanit.-Wesen. 3. Folge 27, Suppl.-Heft.

13) Bjerre, Paul: Kreuger. Ref. Zentrabl. f. Psychotherapie, Bd. V, S. 625.

14) Wulffen, E.: Kriminalpsychologie. 1926, S. 366, 352.

15) Freud: Über die weibliche Sexualität. Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931, S. 317.

16) Wälder, Rob.: Die psa. Theorie des Spiels. Ztschr. f. psa. Pädagogik, VI, 1932.

17) Kranefeldt, W. H.: Bericht über das Jogaseminar von Prof. Dr. J. W. Hauer. Ztschr. f. Psychotherapie, Bd. V, S. 705.

18) Schjelderup, H. u. K.: Über drei Haupttypen der religiösen Erlebnisformen und ihre psychologischen Grundlagen. Ref. i. Ztschr. f. Psychoth., Bd. V, S. 695.

19) Roß, Colin: Der Wille der Welt. Verl. Brockhaus, Leipzig. Ref. N. Z. Z.

20) Kielholz, A.: Jakob Boehme. Ein pathographischer Beitrag zur Psychologie der Mystik. Schrftn. z. angewandten Seelenkunde, H. 17, S. 82.

21) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 4. A., 1923, S. 447.

22) Lange, J.: Das Heboid. Münchn. med. Wochenschr., Bd. 80, S. 92.

23) Glaser, J.: Zum gegenwärtigen Stand der Frage vom moralischen Defekt. Z. Neur., Bd. 138, S. 93.

24) Protokoll der Sitzungen der schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie vom 28. bis 30. Juli 1931 in Bern. Art. Inst. Orell Füssli, Zürich 1932, S. 6.

25) Binder, H.: Das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung. Z. Neur., Bd. 143, S. 84.

Der Mammakomplex des Mannes

Von

Edmund Bergler und Ludwig Eidelberg.

Wien

> Nach einer Bemerkung des alten Kinderarztes Lindner entdeckt das Kind die lustspendende Genitalzone — Penis oder Klitoris — während des Wonnesaugens (Lutschens). Ich will es dahingestellt sein lassen, ob das Kind diese neugewonnene Lustquelle wirklich zum Ersatz für die kürzlich verlorene Brustwarze der Mutter nimmt, worauf spätere Phantasien (Fellatio) deuten mögen. Kurz, die Genitalzone wird irgendeinmal entdeckt...
>
> Freud, „Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes". Ges. Schr., Bd. XI, S. 12.

Die orale prägenitale Organisationsstufe wurde — wie alle großen Funde in der Analyse — von Freud entdeckt. Der Sinn derselben ist, daß die Mamma für das Kind nicht nur ein kalorien-, sondern auch ein lustspendendes Organ darstellt.[1]

Abraham[2] unterteilte die orale Stufe in zwei Teile:

Wir werden somit genötigt, ganz wie zuvor im Bereich der analsadistischen, jetzt auch im Bereich der oralen Entwicklungsphase eine Stufung anzunehmen. Auf der primären Stufe ist die Libido des Kindes an den Saugeakt gebunden. Dieser ist ein Akt der Einverleibung, durch welchen aber die Existenz der nährenden Person nicht aufgehoben wird. Das Kind vermag noch nicht zwischen seinem Ich und einem Objekt außerhalb desselben zu unterscheiden. Ich und Objekt sind Begriffe, welche dieser Stufe überhaupt nicht entsprechen. Das saugende Kind und die nährende Brust stehen in keinem Gegensatz zueinander. Auf seiten des Kindes fehlen sowohl die Regungen der Liebe wie des Hasses. Der seelische Zustand des Kindes auf dieser Stufe ist somit frei von den Erscheinungen der Ambivalenz. Die sekundäre Stufe ist von der primären unterschieden durch die Wendung des Kindes von der saugenden Mundtätigkeit zur beißenden.

In seiner Arbeit „Beiträge der Oralerotik zur Charakterbildung" hat

1) Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Schr., Bd. V.

2) Karl Abraham: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido, S. 38 ff.

Abraham aus beiden Stufen eine Reihe interessanter charakterologischer Unterschiede herauskristallisiert.

Der erste psychoanalytische Autor, der auf die Idee kam, die orale Stufe der Libido mit dem Kastrationskomplex in Verbindung zu bringen, war Stärcke, offenbar angeregt durch die drei Jahre früher erschienene Arbeit Freuds über „Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik". Dort sagt Freud:

„Ein anderes Stück des Zusammenhanges ist weit deutlicher beim Manne zu erkennen. Es stellt sich her, wenn die Sexualforschung des Kindes das Fehlen des Penis beim Weibe in Erfahrung gebracht hat. Der Penis wird somit als etwas vom Körper Ablesbares erkannt und tritt in Analogie zum Kot, welcher das erste Stück Leiblichkeit war, auf das man verzichten mußte. Der alte Analtrotz tritt so in die Konstitution des Kastrationskomplexes ein."

Stärcke[3] behauptet folgendes:

„Gewöhnlich wird der Kastrationskomplex von einer seitens der Eltern geäußerten Kastrationsdrohung abgeleitet... Jetzt signalisiere ich gleicherweise das Entziehen der mütterlichen Brustwarze an dem noch nicht vollkommen befriedigten Kinde als Urkastration... Die mammäre und papilläre Erotik gehört ihrer Eigenart nach zu Freuds frühester prägenitaler Organisationsstufe der Sexualität... Die Ableitung der infantilen Theorie, als die vom ‚Weibe mit dem Penis' bekannt, folgt auf sehr einfache Weise aus der Saugsituation. Es ist sehr natürlich, daß das Kind, dessen erste Beziehung zu einer Frau gerade von ihrem penisartigen Organe, der Brustwarze, abhängig ist, die Erinnerung daran behält. Die Gewißheit und Kraft dieser Erinnerung werden es in erster Linie sein, die den Glauben an einen Penis beim Weibe stützen... Die mütterliche Brustwarze im Munde des Säuglings ist gewiß nicht weniger ein Teil seines eigenen Körpers als seine Kotstange und sein Urin. Die Brustwarze jedoch muß wohl eher mit dem Penis gleichgesetzt werden, wie sie auch in ihrer Beziehung zur Flüssigkeit ihm mehr gleicht."

Alexander[4] äußerte sich zum Problem wie folgt:

„Der heranwachsende Mensch lernt, daß jede Lust durch Unlust ausgelöst (offenbar ein Druckfehler: abgelöst. Die Verf.) wird, und zwar bei den Urkastrationen: Verlust der lustspendenden Brustwarze nach der Lust des Saugens (orale Urkastration nach Stärcke) und später Verlust der lustspendenden Kotsäule nach der Lust des Zurückhaltens (anale Urkastration nach Freud). Für die Entstehung der Kastrationsfurcht oder -erwartung ist also die affektive Grundlage gut vorbereitet. Als die allerfrüheste affektive Grundlage der Kastrationserwartung könnte man die Geburt auffassen... Der heranwachsende Mensch hat gelernt, daß jede Lust durch den Verlust des lustspendenden Körperteils (Mutterleib, Brustwarze, Kot) abgelöst wird und ist bei der Onanielust schon affektiv darauf eingestellt, das lustspendende Organ, den Penis, zu verlieren, nimmt also die Kastrationsdrohung als eine affektive

3) August Stärcke: Der Kastrationskomplex. Int. Ztschr. f. Psa., VII, 1921, S. 9 ff.

4) Alexander: Kastrationskomplex und Charakter. Int. Ztschr. f. Psa., VIII, 1922, S. 132.

Selbstverständlichkeit leicht an. Das zeitliche Nacheinander der unbewußten affektiven Eindrücke wird kausal verarbeitet (rationalisiert) und die Kastration wird zur kausalen Folge der Onanie. Die affektive Grundlage erklärt es auch, warum der Kastrationskomplex auch ohne nachweisbare Kastrationsdrohung eine bedeutende Rolle spielen kann, ohne daß man phylogenetische Erklärungen herbeiziehen müßte."

Helene Deutsch[5] stellte die Behauptung auf, daß für das Unbewußte Vagina gleich Mund ist:

„... So übernimmt jetzt im Koitus die Vagina unter der Reizleitung des Penis in der Verlegung ‚von oben nach unten' die passive Rolle des saugenden Mundes in der Gleichsetzung Penis = Mamma. Diese orale, saugende Tätigkeit der Vagina[6] ist im ganzen anatomischen Bau vorgezeichnet ... Die wirklich passive, feminine Einstellung der Vagina liegt in ihrer oralen, saugenden Tätigkeit. In dieser Funktion bedeutet der Koitus für die Frau eine Herstellung jener ersten Relation des Menschen mit der Außenwelt, in der das Objekt auf oralem Wege einverleibt, introjiziert wird ... Im Verhältnis zum Partner ist die Einverleibungssituation eine Wiederholung des Saugens an der mütterlichen Brust, also eine Wiederholung und Bewältigung des Entwöhnungstraumas. In der Gleichsetzung Penis = Mamma und in der Saugetätigkeit der Vagina realisiert der Koitus die Erfüllung der Phantasie des Saugens am väterlichen Penis."

Otto Rank[7] führt eine Reihe von Urkastrationen an: Trauma der Geburt, Durchschneidung der Nabelschnur, Entwöhnungstrauma, Milchzahnausfall, genitale Kastrationsdrohungen. Rank stellt sich die Frage, wie der „schäbige Rest" der Libido von der oralen auf die genitale Stufe verschoben wird. Seiner Meinung geschieht dies auf dem Umwege der Hand:

„Ich möchte als Resultat analytischer Untersuchungen voranstellen, daß der biologisch vorgezeichnete Mechanismus dieser Verschiebung die Masturbation des Säuglings ist: der Weg, der über das Lutschen am Finger, das bekanntlich von rhythmischem Zupfen an anderen Körperteilen begleitet ist, bald zu rhythmischen Reizungen der Genitalzone mit der Hand führt ... Denn es handelt sich um mehr als ein bloßes Wecken der biologischen Erogeneität dieser Zone, was ja durch die urethralen Funktionen plus den unvermeidlichen Reizungen bei der mütterlichen Pflege besorgt wird; vielmehr um die meines Erachtens für die Genitalfunktion wichtigste Verschiebung von oral-sadistischer Libido, die mittels des Mechanismus der Masturbation aufs Genitale gebracht wird ... Beim Knaben wird nun der die Brustwarze ersetzende Lutschfinger beim Spielen am Penis bald durch die Hohlhand abgelöst, welche zunächst die Mundhöhlung ersetzt, wie Bernfeld jüngst sehr hübsch

5) Helene Deutsch: Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen. Int. psychoanalytischer Verlag, 1925, S. 54 ff.

6) Eine interessante indirekte Bestätigung der Annahme Vagina = Mund ist die von Róheim (Die Psychoanalyse primitiver Kulturen, Imago, XVIII, 1932, S. 412) mitgeteilte Tatsache, daß in der Sprache der Primitiven Zentralaustraliens „Koitieren" gleichbedeutend ist mit: „Aus der Vagina trinken."

7) Rank: Zur Genese der Genitalität. Int. Ztschr. f. Psa., XI, 1925, S. 411 ff.

ausgeführt hat, allerdings in einer mehr als bloß symbolischen Weise. In der Reifezeit tritt dann noch der Samen als Milchersatz hinzu (Stekels ‚Symbolische Gleichung'), so daß man die spätere Masturbation als vollwertigen Ersatz des Saugaktes auf der narzißtischen Stufe der Genitalität beschreiben kann. Der durch die Verschiedenheit des Genitales bedingte Unterschied im Mechanismus der Masturbation — beim Knaben voller Ersatz des Saugaktes: Penis = Brust, Hohlhand = = Mund, Samenerguß = Milchstrom ... wird nicht nur den späteren Kastrationskomplex bei beiden Geschlechtern verschieden gestalten ... Wird dagegen (auf Grund eigener starker Oralerotik) am Penis als Brustersatz festgehalten, so führt dies, abgesehen von den typischen Phantasien oraler Befruchtung, die in der Biologie ihr reales Vorbild finden (Maulbrüter), zur aktiven Perversion der Fellatio, und zwar sowohl bei der (maskulinen) Frau als beim (homosexuellen) Manne, bei dem in Umkehrung des weiblichen Vorganges sozusagen der Mund zur Vagina gemacht wird."

Felix Böhm[8] meint:

„Hinter dem Haß gegen weibliche Eigenheiten der Frauen steckt der Wunsch, selber diese Eigenheiten zu haben; dahinter auch ein Neid auf den vermeintlich größeren Penis der Frauen. Die hängende Brust der Frau hat im Unbewußten des Mannes die Bedeutung eines größeren weiblichen Penis ... Einer besonderen Form des Neides des Mannes (neben dem Gebärneid) auf weibliche Attribute muß ich noch gedenken: es ist der Neid auf die Mammae ..."

Fenichel[9] stellte die Punkte zusammen, in welchen alle psychoanalytischen Autoren in dieser Frage einig sind:

a) Die Angst vor der Kastration ist gefärbt von dem Verlust der Mutterbrust und des Kotes.

b) Die Vorstellung des Penis ist beeinflußt von der der Mutterbrust und des Kotes.

*

Wir sind unabhängig voneinander bei einer Reihe von jahrelang dauernden, kasuistisch differenten Analysen auf Tatsachen gestoßen, deren zusammenhängende Darstellung eine Ergänzung und Erweiterung der oben zitierten Ergebnisse zu ermöglichen scheint. Wir berichten zunächst kurz das Gefundene und geben dann einige Beispiele aus dem analysierten Material an Hand von Krankengeschichten.

Es handelt sich um Fälle, in denen die Reaktion auf die Brustentwöhnung quantitativ gegenüber den anderen Traumen eine dominierende Stellung einnahm. Wir nennen die Gesamtheit der Reaktionen, die als Folge der Brust-

8) Böhm: Über den Weiblichkeitskomplex des Mannes. Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930, S. 185.

9) Fenichel: Zur prägenitalen Vorgeschichte des Ödipuskomplexes. Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930, S. 319.

entwöhnung in der Psyche entstehen, Mammakomplex. Die männlichen Patienten, bei denen der Mammakomplex pathologisch war, zeichneten sich regelmäßig durch folgende Eigenschaften aus:

1. Intensiver Haß gegen die Mutter. 2. „Orale Charakterzüge" (z. B. Gier nach Essen, Lutschen, Saugen, Beißen, Trinken), resp. deren Reaktionen und Kompensationen, mit hypothetischer oraler Triebkonstitution. 3. Der Haß gegen den Vater fällt quantitativ schwächer aus. 4. Das Interesse für die Brust ist verdrängt. 5. Erhöhter sekundärer Narzißmus. 6. Erhöhte Neigung zur Identifizierung.[10]

In der Analyse sind diese Fälle technisch schwierig zu behandeln: ihr Narzißmus, die geringe Krankheitseinsicht, eine ernste Suizidgefahr bedeuten für den Analytiker schwer zu bewältigende Probleme.

Der Mammakomplex hat in unseren Fällen folgende Entstehungsgeschichte: Auf die Brustentwöhnung reagierte das Kind mit einer heftigen Erschütterung. Nachdem alle Versuche, die Brust wieder zu erhalten, gescheitert waren, mußte das Kind diese Versagung ertragen. Zunächst trat eine heftige Aggression auf, bezw. wurde die vorhandene Aggression, die bisher ungestört (frühere orale Stufe) befriedigt wurde (Saugen an der Mutterbrust), gehemmt. Durch diese Stauung entstand also eine quantitative Vermehrung der Aggression. Ein Teil dieser Aggression wurde gemeinsam mit einem entsprechenden Anteil der Libido in der Identifizierung mit der Mutter, die von Beginn ambivalent ist, verwendet. Ein anderer wurde auf den Penis verschoben. Ein Teil blieb bei der Mutter als Objekt. Endlich wurde die anale Zone auf dem Wege der oralen Einverleibung der Brust besetzt.

In diesem Stadium war die Brust mit dem Gemisch der beiden Triebe:

10) Robert Wälder: „Das Prinzip der mehrfachen Funktion." Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930, F. 295: ...„ist die der Psychoanalyse vor allem durch Abrahams Arbeiten vertraute Beziehung von oraler Triebeinstellung und Identifizierung. Die Identifizierung ist ein Lösungsversuch in einer bestimmten Aufgabesituation. Es kann als Charaktereigenschaft bezeichnet werden, wenn ein Mensch in einer bestimmten Konstellation von Trieb, Über-Ich-Forderungen und Außenweltsschwierigkeiten regelmäßig den Ausweg in die Identifizierung findet, als die für ihn spezifische Lösungsmethode in einer vielfältigen Aufgabesituation. Nun wissen wir, daß diese Identifizierung vornehmlich beim oralen Charakter ausgebildet ist... Die Lösungsmethode der Identifizierung wird eben innerhalb der verschiedenen Lösungsmethoden, die in der gleichen, vielfältigen Aufgabesituation möglich wären, vorzugsweise von den Menschen gewählt werden, bei denen starke orale Triebkräfte lebendig sind, weil nebst allem anderen, wofür sie Lösungsversuch ist, die Identifizierung zudem noch zufolge ihrer Bedeutung als Einverleibung die Befriedigung eben dieser oralen Triebeinstellung miterfüllt. In diesem Falle wirkt also die orale Triebeinstellung auswählend auf die möglichen Lösungsmethoden, insoferne die die oralen Wünsche befriedigenden innerhalb der möglichen immer zustande kommen."

Eros und Thanatos, besetzt. Es bedeutet die Befriedigung, bezw. Versagung immer die Befriedigung, bezw. Versagung beider Triebgruppen. In einer Abänderung der Formulierung von Abraham vermuten wir, daß nicht im Zeitpunkt des Durchbruchs der ersten Zähne die Aggression entstanden ist, sondern meinen, daß durch dieses Ereignis die bereits vorhandene, aber für die Brust der Mutter bisher harmlos gewesene Aggression eine Änderung ihrer Ausdrucksweise erfahren hat. Auf dieser Stufe kann wohl noch nicht von Liebe und Objektwahl, sondern nur von Besetzung oder Bindung gesprochen werden.

Das Problem ist nun folgendes: Auf welchem Wege wird der Übergang von der Mamma auf den Penis bewerkstelligt? Hier setzen nun unsere Beobachtungen ein. Wir meinen, daß das Kind im eigenen Penis einen Ersatz für die vermißte Mutterbrust entdeckt und im Sinne des Wiederholungszwangs wie im kindlichen Spiel aktiv wiederholt, was es passiv erlebt hat.[11] An Stelle der passiven Aufnahme der Muttermilch ist das Kind jetzt durch die psychische Besitzergreifung des Penis zum aktiven Spender von Urin geworden. (Ursprünglich ist psychologisch Milch = Urin.) So manche spätere Inkontinenz ist das Agieren der ewig fließenden Mutterbrust am eigenen Körper, gewissermaßen eine „magische Geste", die demonstrieren soll, was man gerne möchte. Das „Entdecken des Penis" geht auf dem Umweg über die Onanie vor sich, wofür wir auf die früher zitierten Ausführungen Ranks verweisen.

Die aktive Reproduktion des passiv Erlebten als Wiederholungszwang wie im kindlichen Spiel spielt demnach die entscheidende Rolle beim Versuch der Erledigung des Mammakomplexes.

Freud hat sich an drei verschiedenen Stellen zum Wiederholungszwang ausgesprochen:

„Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbsttätig leiten zu können. Wir wissen, das Kind benimmt sich ebenso gegen alle ihm peinlichen Eindrücke, indem es sie im Spiel reproduziert; durch diese Art, von der Passivität zur Aktivität überzugehen, sucht es seine Lebenseindrücke psychisch zu bewältigen."[12]

„Es ist leicht zu beobachten, daß auf jedem Gebiet des seelischen Erlebens, nicht nur auf dem der Sexualität, ein passiv empfangener Eindruck beim Kind die Tendenz zu einer aktiven Reaktion hervorruft. Es versucht das selbst zu machen, was vorhin an oder mit ihm gemacht worden ist. Es ist das ein Stück der Bewältigungs-

11) Es ist klar, daß das Kind schon vor der Entwöhnung diesen Mechanismus spielerisch erlebte, der aber erst nach der Brustentziehung zur gebieterischen Notwendigkeit wird.

12) Hemmung, Symptom und Angst. Ges. Schr., Bd. XI, S. 110.

arbeit an der Außenwelt, die ihm auferlegt ist, und kann selbst dazu führen, daß es sich um die Wiederholung solcher Eindrücke bemüht, die es wegen ihres peinlichen Inhalts zu vermeiden Anlaß hätte. Auch das Kinderspiel wird in den Dienst dieser Absicht gestellt, ein passives Erlebnis durch eine aktive Handlung zu ergänzen und es gleichsam auf diese Art aufzuheben. Wenn der Doktor dem sich sträubenden Kind den Mund geöffnet hat, um ihm in den Hals zu schauen, so wird nach seinem Fortgehen das Kind den Doktor spielen und die gewalttätige Prozedur an einem kleinen Geschwisterchen wiederholen, das ebenso hilflos gegen es ist, wie es selbst gegen den Doktor war. Eine Auflehnung gegen die Passivität und eine Bevorzugung der aktiven Rolle ist dabei unverkennbar. Nicht bei allen Kindern wird diese Schwenkung von der Passivität zur Aktivität gleich regelmäßig und energisch ausfallen, bei manchen mag sie ausbleiben."[13]

„Man sieht, daß die Kinder alles im Spiele wiederholen, was ihnen im Leben großen Eindruck gemacht hat, daß sie dabei die Stärke des Eindrucks abreagieren und sich sozusagen zu Herren der Situation machen. Aber anderseits ist es klar genug, daß all ihr Spielen unter dem Einflusse des Wunsches steht, der diese ihre Zeit dominiert, des Wunsches, groß zu sein und so tun zu können wie die Großen. Man macht auch die Beobachtung, daß der Unlustcharakter des Erlebnisses es nicht immer für das Spiel unbrauchbar macht."[14]

In diesem Stadium sieht die Situation so aus, als würde der Penis geliebt und gehaßt, die Onanie bedeutet sowohl den Penis als geliebtes Objekt mit der Hand empfangen als ihn gleichzeitig vom Körper abtrennen (gehaßtes Objekt). Der Stuhl wird ähnlich geliebt und festgehalten, gehaßt und ausgestoßen. Die Identifizierung bedeutet, daß das eigene Ich mit Liebe und Haß besetzt ist. Am unangenehmsten erscheint die Beziehung zur Mutter, die ja ebenfalls gleichzeitig geliebt und gehaßt wird. Hier lernt das Kind die Nachteile der ambivalenten Einstellung und versucht die Schwierigkeiten durch Trennung beider Triebarten zu beseitigen und verschiebt (wie Freud es in seiner Arbeit über die weibliche Sexualität vermutungsweise ausgesprochen hat) seinen Haß auf den Vater. An Stelle der Brust ist also der Penis getreten, der allerdings mit ihr verglichen eine Reihe von Nachteilen besitzt. Er ist kleiner, nicht paarig angelegt, kann nicht vom Mund erreicht werden, spendet keine Nahrung, der spielenden Hand wird er durch die Pflegepersonen verboten, aber er ist da, gehört anscheinend wirklich dem Kinde, das durch seinen Besitz von der Mutter unabhängig geworden ist. Der Versuch, größere Mengen von Haß auf den Vater zu übertragen, gelingt nicht. Die erste Bindung an die Mutter war bei Kindern, die später am Mammakomplex scheiterten, zu intensiv, ferner war in manchen Fällen der Vater als schwächere Persönlichkeit unfähig, größere Beträge von Libido an sich zu

13) Über die weibliche Sexualität. Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931, S. 326.
14) Jenseits des Lustprinzips. Ges. Schr., Bd. VI, S. 202 f.

ziehen. Der Ödipuskomplex erreicht infolgedessen nicht die normale Intensität. Die Kastrationsangst bleibt vorwiegend an die Mutter fixiert, die Identifizierung mit dem Vater fällt schwach aus. Kommt es im Verlaufe der weiteren Entwicklung zu Versagungen und Regressionen, so fließt die Libido viel weiter zurück, und zwar auf die orale Stufe. Der geringere Haß gegen den Vater sowie die geringere Angst vor der Kastration durch ihn treten beim „Untergang des Ödipuskomplexes" ebenfalls in Erscheinung. Die Identifizierung mit der Mutter gelingt nur durch die Ersetzung der Brust durch den Penis. Um die bei einem Vergleich der beiden Objekte entstehenden Nachteile zuungunsten des Penis zu vermeiden, wird die Brust aus dem Bewußtsein eliminiert, der Penis mit großen Libidoquantitäten ausgestattet. Es wirkt fast wie Hohn, wenn in der Erinnerung die Mutter der oralen Stufe nicht als die Frau mit der Brust, sondern als Frau mit dem Penis erscheint (phallische Mutter). Durch diese Metamorphose wird die Identifizierung mit der Mutter ermöglicht. Dieser „Brust-Penis" wird sehr geliebt und sorgsam gehütet, vor allem vor Wesen, die keinen Penis haben. Da die Vagina der Frau an den eigenen Mund, der die Brust der Mutter abbeißen wollte, erinnert *(vagina dentata)*, wird hier die Gefahr am größten empfunden.

Der Mammakomplex beim Normalen spielt sich vermutungsweise wie folgt ab: Auf die Brustentwöhnung kommt es zu ähnlichen Reaktionen, wie oben geschildert, doch fallen sie quantitativ schwächer aus, der Vater wird in einem viel stärkeren Maße mit Libido und Aggression besetzt, weil eben durch quantitativ schwächere Reaktionen auf die Brustentwöhnung mehr Libido zur Verfügung steht und weil hier der reale Vater meistens auch eine stärkere Persönlichkeit ist. Mit dem Auftreten des Ödipuskomplexes, der hier seine normale Intensität erreicht, wird der Mammakomplex in seiner Wirksamkeit zerstört. Zunächst wird der Haß auf den Vater verschoben, während die Liebe bei der Mutter verbleibt; dieser sekundäre Haß ist weniger gefährlich, ferner führt seine Bewältigung zu Reaktionen, die für das spätere Leben des Kindes von großer Bedeutung sind: es identifiziert sich mit dem Vater nach den von Freud formulierten Gesetzen.

Normalerweise muß der Penis vom Unbewußten als Penis perzipiert werden, wenn er auch psychologisch-genetisch die Mutterbrust darstellt. Bei den am Mammakomplex fixierten oder zu ihm regredierenden Männern behält der Penis die Bedeutung der Brust nicht nur in der psychologisch-genetischen Bedeutung (Fall III) oder wird durch ein Symptom ersetzt (Fall II), oder das Festhalten an der phallischen Mutterbrust äußert sich in einer Perversion (Fall I und III). Die Vagina muß normalerweise ein Aufnahmeorgan für

Glied und Samen sein, wenn sie auch psychologisch-genetisch den Mund darstellt. Bei den an den Mammakomplex fixierten oder zu ihm regredierenden Männern begnügt sich die Vagina nicht mit der psychologisch-genetischen Färbung des Mundes, sie ist entweder wirklich der Mund, der unbewußt an die eigenen aggressiven Impulse gegen die Mutterbrust erinnert (wobei die daraus resultierende Angst entweder bewußt oder hinter einem scheinbaren Desinteressement verborgen ist), oder die Vagina birgt einen supponierten weiblichen Penis.

Wir bringen zur Illustration unserer Darlegungen drei Krankengeschichten. Es ist, um überflüssige Mißverständnisse zu vermeiden, notwendig, zu betonen, daß wir natürlich nicht der Meinung sind, daß jede Homosexualität und jeder Schreibkrampf auf orale Elemente zurückgehen. Es handelt sich offenbar um einen bestimmten Typus innerhalb dieser Krankheitsgruppe, dagegen glauben wir, daß die orale Komponente, wie einer von uns in einer früheren Arbeit nachzuweisen versuchte, für die Pseudodebilität pathognomonisch sei.

Fall I: Homosexualität.

Analytiker: Eidelberg.

Ein 21jähriger Patient erscheint in meiner Ordination, um mich wegen seiner Homosexualität zu konsultieren. Eine eingehende Aussprache ergibt folgenden Tatbestand: Der Patient, der äußerlich keinen femininen Eindruck macht, ist stark deprimiert. Er fühlt sich außerstande, Vorlesungen an der Hochschule zu besuchen, um zu den Prüfungen zu lernen. Schon das Betreten des Hochschulgebäudes ist mit großer Angst verbunden. Die Gründe für diese Angst sind ihm unbekannt; er glaubt, daß homosexuelle Vorstellungen, die in den letzten Monaten besonders intensiv geworden sind, damit zusammenhängen. Er habe versucht, sie los zu werden und sich zur Heterosexualität zu zwingen, doch vergebens. In seiner Verzweiflung vertraute er sich dem Hausarzt an, der ihm den Rat gab, zu einer Prostituierten zu gehen, allein er war nicht imstande, diesen Rat zu befolgen. Nach einer neuerlichen Rücksprache schickte ihn der Hausarzt zu einem Psychiater, der dem Patienten den Rat gab, eine psychoanalytische Behandlung bei mir zu versuchen.

So sehr er unter den homosexuellen Vorstellungen leidet (in diesem Zeitpunkt hatte ein homosexueller Verkehr niemals stattgefunden) und so gern er normal wäre, kann er sich doch nicht vorstellen, daß diesbezüglich jemals eine Änderung eintreten wird. Der Körper eines jungen Mannes versetzt ihn in starke sexuelle Erregung, ein weiblicher dagegen läßt ihn gleichgültig. Patient onaniert viel, hauptsächlich vor dem Spiegel ohne jede Vorstellung. Da er nicht mehr die Kraft habe, diese häufige Onanie zu unterdrücken, müsse er immer mehr „verfallen".

In den ersten Wochen der Behandlung spricht Patient sehr viel, ich erfahre, daß er sich mit ernsten Selbstmordgedanken trägt, und in seiner Umgebung, vor allem

mit seinem mittleren Bruder, aber auch mit Vater, Mutter und Hausgehilfin ernste Streitigkeiten hat. Mir gegenüber ist er reserviert und leicht mißtrauisch. Meine Mitteilungen haben ihn ein wenig beruhigt, vor allem die Anerkennung seiner Schwierigkeiten als Krankheit. Er ist bereit, auf meine Vorschläge einzugehen, aber ängstlich, kritisch, jederzeit entschlossen, die Analyse aufzugeben. Durch Eingehen auf seine negative Übertragung und durch mein Verhalten seinen Eltern gegenüber wird meine Position fester. Patient entschließt sich zu intimeren Mitteilungen, ich erfahre, daß er seinen Vater haßt und fürchtet, er erscheint ihm als grausamer Tyrann, der den Patienten zum Hochschulstudium zwingen will, weil er „für sein Büro eine billige Kraft benötigt". Aus Schwäche und Angst hat Patient, trotz seines Widerwillens gegen diesen Beruf, den Wunsch des Vaters ausgeführt und Vorlesungen belegt. Er ist aber außerstande zu lernen, schon der Anblick der Bücher erzeugt große Angst. Dem Rat eines Kollegen folgend, hat er sein Meldungsbuch einem Hochschuldiener zur Einholung der Testuren gegeben, er traut sich aber nicht, es abzuholen. Die gleiche Angst hat Patient vor allen Behörden; aus dem Traummaterial ergeben sich deutliche Zusammenhänge zwischen Behörde und Vater. Mit dieser Erkenntnis nimmt die Angst an Intensität ab, ohne aber ganz zu verschwinden und erreicht während der Analyse noch einige Male ihre ursprüngliche Höhe.

Die Mutter wird vom Patienten zärtlich geliebt. Hier ist er angstfrei und fühlt sich glücklich. Während er mit dem Vater kaum spricht, hat er der Mutter gegenüber diesbezüglich keine Hemmungen. Er kann mit ihr streiten, schimpfen, ohne Angst zu haben. Im Gegenteil, es zeigt sich, daß der Streit mit der Mutter für ihn eine gewisse Befriedigung bedeutet, ohne daß er das Bewußtsein hätte, ihr wehgetan zu haben. Wird er deshalb zur Rede gestellt, ist ihm der Erfolg seiner Aggression unverständlich. Die meisten Streitigkeiten mit der Mutter oder der Hausgehilfin hängen mit dem Essen zusammen. Fleisch wird von ihm nicht vertragen, vor allem die Fasern des Fleisches erzeugen Ekel. Fettes Rindfleisch wird vom Tisch gewiesen mit den Worten: „Räumt doch die Leichenteile weg." Wenn überhaupt, so ißt der Patient faschiertes Fleisch. Leidenschaftlich gerne trinkt er Kaffee und Milch. Zum Nachtmahl nimmt er seit vielen Jahren Yoghurt, und kann sehr böse werden, wenn man ihm dieses Getränk nicht in der besten Qualität liefert. Obst und Zuckerln ißt er sehr gerne, häufig muß er zwischen den Mahlzeiten naschen. Zuckerln möchte er gerne langsam lutschen, doch gelingt es ihm nie; kaum hat er ein Bonbon in den Mund gesteckt, wird es zerbissen.

Als die Angst vor dem Vater etwas geringer geworden ist, teilt mir der Patient mit, daß er auf keinen Fall das dem Vater gegebene Versprechen, das Studium zu beenden, einlösen werde. Er habe großes Interesse für Malerei und möchte gerne auf die Kunstakademie. Ich erkläre dem Patienten, warum man während der Analyse keine endgültigen Beschlüsse fassen soll, bin aber bereit, vorläufig beim Durchsetzen seiner Wünsche gegenüber dem Vater behilflich zu sein. Es ergibt sich, daß der Vater ohne den von ihm erwarteten Widerstand auf diese Idee eingeht und der Patient macht die Aufnahmsprüfung mit gutem Erfolg. Die Schwierigkeiten, die Patient früher beim Betreten der Hochschule hatte, sind nicht verschwunden, zahl-

reiche Bedenken treten auch jetzt auf, doch gelingt es schließlich mit Hilfe der Analyse, ihrer Herr zu werden.

Wesentlich intensiver als sein Haß gegen den Vater und die Liebe zur Mutter ist sein Haß gegen die Gouvernante Erna. Obwohl schon einige Jahre seit ihrer Entlassung verflossen sind und er in keiner Verbindung mit ihr steht, spricht er doch mit großem Affekt von ihr. Dieser Haß ist ihm vor Beginn der Analyse vollkommen bewußt. Im zweiten Lebensjahre des Patienten kam Erna in das Haus seiner Eltern und blieb dort bis zu seinem neunten Jahr. Sie war streng, abweisend, ungerecht, besonders dem Patienten gegenüber. Alle Versuche, sie gütig zu stimmen und ihre Liebe zu erwerben, mißlangen. Flucht zur Mutter und Klagen gegen sie schlugen fehl. Hier macht der Patient seiner Mutter den Vorwurf, daß sie sich zu wenig um ihn gekümmert habe. Viele Stunden erzählt Patient mit gleichbleibendem Affekt von den Mißhandlungen, die er von Erna erdulden mußte. Obgleich er ruhig und folgsam war, wurde er immer wieder beschimpft und geschlagen. Einmal ist er mit seinem Bruder und der Gouvernante im Freibad; der kleine Bruder fällt während einer kurzen Abwesenheit der Gouvernante ins Wasser. Patient rettet ihn und berichtet es ihr, er bekommt dafür eine Ohrfeige. Seit frühester Kindheit litt Patient an Enuresis nocturna, alle medizinischen Maßnahmen blieben ergebnislos. Patient bekam Strychnininjektionen, wurde katheterisiert und elektrisiert, bis schließlich im Alter von 13 Jahren das Symptom von selbst verschwand. Aus Einfällen und Träumen ergibt sich in diesem Zeitpunkt folgende Bedeutung der Enuresis: 1. Hinter der bewußten Abneigung und Unlust sexuelle Befriedigung. 2. Da diese Befriedigung im Schlaf stattfindet, fällt ein Teil der Verantwortung weg. Es handelt sich bei diesem Symptom um ein Onanieäquivalent, wobei der Patient sich an Stelle des Vaters setzt und mit der Mutter verkehrt.

Da dieser Haß durch die Aussprache nicht geändert wird, mache ich den Patienten darauf aufmerksam, daß der Haß vielleicht nicht allein auf Erna konzentriert ist, sondern auch anderen Personen, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Erna haben, gilt. In diesem Zusammenhange erinnert sich der Patient an einige Zusammenstöße mit Hausgehilfinnen. Einmal kommt es sogar zu Handgreiflichkeiten. Patient würgt das Mädchen und wird deswegen vor Gericht zitiert. Er erinnert sich, daß dieser Haß oft aus geringfügigen Anlässen mit großer Intensität hervorbrach und daß er dann nur sehr schwer seiner Herr wurde. Hier verweise ich darauf, daß seine gleichgültig desinteressierte Haltung den Frauen gegenüber doch nicht ganz echt ist, daß er im Gegenteil eine Reihe von Frauen heftig haßt und daß die Homosexualität vielleicht mit dieser Einstellung zusammenhängt. „Vielleicht", sagt der Patient, ist aber nicht bereit, auf diese Gedankengänge einzugehen.

Ein paar Monate der Analyse sind vergangen, die Depression, die Angst und die Arbeitsunfähigkeit sind geringer geworden, die Suizidabsichten zurückgetreten, der Patient ist ruhiger und freier, die Homosexualität aber hat an Bedeutung gewonnen. Da die Angst vor den Behörden schwächer geworden ist, beschränkt sich der Patient nicht mehr auf Phantasien, sondern macht Bekanntschaften, und hat die Absicht, ein homosexuelles Verhältnis zu beginnen. Ich erinnere ihn, daß es unzweckmäßig wäre, vor Beendigung der Analyse wichtige Entscheidungen zu treffen, erkläre ihm den Begriff des Agierens und versuche ihm zu zeigen, daß er auf diese Weise die

Analyse stört. Das Traummaterial dieser Zeit zeigt deutlich eine Trotzeinstellung im Zusammenhang mit der Versagungssituation, der Hinweis auf die reale Gefahr (§ 129 b) bleiben wirkungslos. Patient wird mißtrauisch und ablehnend, befürchtet, ich könnte ihn dem Gerichte anzeigen oder mich mit dem Vater in Verbindung setzen; er macht mir den Vorwurf, daß ich mein Benehmen geändert habe: zu Beginn der Analyse hätte ich ihm erklärt, daß prinzipiell die Homosexualität nichts Böses sei. Er erinnert mich, daß ich früher bezüglich des Berufswechsels auf seine Wünsche schon vor dem Ende der Analyse eingegangen bin. Die Situation wird kritisch, doch gelingt es mir schließlich, dem Patienten zu zeigen, daß seine Vorwürfe unrichtig sind. Mein Benehmen sei unverändert geblieben, ich habe weiter prinzipiell nichts gegen die Homosexualität, der Unterschied in meinem Verhalten bei seinem Eintritt in die Malschule hängt mit realen Dingen zusammen. Der Schaden, den er hier empfangen könne — im Falle er nach Beendigung der Analyse wieder zum ursprünglichen Studium zurückkehre — sei wesentlich geringer als die Gefahr bei einem homosexuellen Verhältnis.

In dieser Zeit kann wenig gedeutet werden, der Patient versucht vielmehr, aus der Analyse eine logische Diskussion zu machen. Ich habe die Empfindung, daß sie nicht abgebrochen werden wird und das Vertrauen des Patienten wiederkehrt, weil ich auf ein Verbot der Homosexualität verzichte und in Ton und Wort eine objektive Haltung bewahre. Im Schwimmbad lernt Patient einige junge Männer kennen; mit einem von ihnen freundet er sich näher an. Beide Burschen verlieben sich ineinander und nach einigen Tagen kommt es zu gemeinsamer Onanie. Küsse und Zärtlichkeiten sind mit großer Befriedigung verbunden. Patient ist glücklich, aber der Orgasmus verläuft unbefriedigend. Damit sind die Aussichten der Analyse wieder gebessert. Ich teile dem Patienten mit, daß der Mangel eines befriedigenden Orgasmus ein Zeichen einer neurotischen Störung ist, daß beim Normalen gerade der Orgasmus den höchsten Grad der Befriedigung bedeutet.

Träume und Einfälle gestatten nun einen Zugang zum Ödipuskomplex. Patient erinnert sich, daß er Angst hatte, mit der Mutter im selben Zimmer zu schlafen, er hatte die Befürchtung, er könnte die Mutter im Schlaf vergewaltigen. Bis zu seiner Pubertät gab es einige Frauen, die ihm gut gefallen haben und bei deren Anblick er Erektionen bekam. Er erinnert sich, daß er einmal von dem Fenster seiner Wohnung aus eine nackte Frau beobachtet hat; er erschrak heftig, als er dann den Vater in seiner Nähe bemerkte. Obgleich er heute weiß, daß sein Vater zufrieden wäre, wenn er mit Frauen verkehren würde, bekommt er bei diesen Gedanken heftige Angst vor dem Vater. Einige Verletzungen am Finger, sein Interesse für alle Scheren (es kommt vor, daß er sie bei Bekannten, ohne es zu wissen, einsteckt), bringen Einfälle, deren Deutung dem Patienten den Kastrationskomplex bewußt machen. Bei seiner ersten Pubertätsonanie (16. Lebensjahr) stand er, nur mit Schwimmhose bekleidet, vor dem Spiegel und versuchte, sein Genitale zum Verschwinden zu bringen. Durch den Druck kam es schließlich zu einer Ejakulation. Patient erschrak darüber, er glaubte, daß der Samen vom Rückenmark komme. Diese Angst war so groß, daß er durch zwei Jahre nicht onanierte.

Ich deute wenig und lasse den Patienten selbst die Bedeutung und den Sinn seiner Einfälle finden. Langsam ergeben sich folgende Formulierungen: 1. Er liebt

die Mutter und möchte sie besitzen; aus Angst vor der Kastration durch den Vater gibt er diesen Wunsch auf. 2. Andere Frauen hängen mit der Mutter zusammen, sind Mutter-Imagines und deshalb verboten. 3. Bei der realen Mutter wird das Verbot durch die Angst vor dem Vater gestützt. 4. Homosexualität schützt ihn vor der Angst bei anderen Frauen, denn wenn sie ihm nicht anziehend erscheinen, ist die Angst zur Unterdrückung seines Triebes entbehrlich. Ich zeige dem Patienten zunächst, daß dieser Schutz gegen die Angst nicht mehr aktuell ist. Er hat doch nur eine Berechtigung, wenn wirklich alle Frauen seine Mutter wären, wenn also bei jeder Frau die Gefahr der Kastration durch den Vater bestünde. Diese Lösung hat früher, in seiner Kindheit, Berechtigung gehabt, damals war ja die Mutter das einzige Liebesobjekt. Patient erzählt nun, daß er sich häufig wie ein Baby vorkomme und benehme und für sich eine besondere Pflege und besonderes Interesse seitens der Mutter beanspruche. Dieses Verhalten kommt noch viel deutlicher in seiner homosexuellen Beziehung zum Vorschein. Er möchte von seinem Freunde immer wieder kleine Geschenke, wie Blumen und Bonbons, empfangen, von ihm geküßt, umarmt werden. Manchmal macht er sich Vorwürfe, daß er zu viele Geschenke annimmt, er kommt sich wie eine Dirne vor, die sich aushalten läßt, kann aber auf diese Befriedigung nicht verzichten.

Ich mache den Patienten aufmerksam, daß die Befriedigung des Kastrationswunsches in der Identifizierung mit der kastrierten Mutter ihn von seiner Angst vor der Kastration befreie. Er verzichte dann auf sein Genitale und damit auf die Liebe zur Mutter und sei nicht mehr ein lästiger Rivale des Vaters. Vielleicht könnte dann eine Aussöhnung mit dem strengen Vater stattfinden? Der Patient bringt einige Erinnerungen, die eine positive Einstellung zum Vater erkennen lassen. Im vierten Lebensjahr liegt er im Bett des Vaters und spielt mit dessen Uhr, die Mutter ist darüber böse, doch der Vater läßt ihn gewähren. Im siebenten Lebensjahr liest er ein Gedicht von Heine, in welchem von „der Brüstlein Rosenknospen" die Rede ist, wieder will die Mutter ihm das Buch abnehmen, wieder ist es der Vater, der seine Partei ergreift. Patient gibt zu, daß hinter dem Haß gegen den Vater auch eine schüchterne Liebe verborgen ist, doch sieht er darin keinen Zusammenhang mit seiner Homosexualität. Nie würde er zu einem älteren Herrn, also zu einer Vater-Imago, eine Beziehung wünschen, nur junge, hübsche Burschen locken ihn. Sein Vater ist alt, häßlich und sieht sehr jüdisch aus. Diese so affektbetonte Ablehnung des Judentums ist dem Patienten selbst verdächtig, und er ist bereit, auf diesen Punkt näher einzugehen. Es ergibt sich, daß er im zweiten Lebensjahr zum zweitenmal beschnitten werden mußte und daß diese Beschneidung und die seiner Brüder sehr deutlich in seiner Erinnerung haftengeblieben sind. In seinem neunten Lebensjahr ist er bei dieser Zeremonie bei seinem jüngsten Bruder auf Wunsch des Vaters anwesend. Er hat Mitleid mit dem Kleinen und möchte ihm die Prozedur ersparen, doch schließlich siegt der Gedanke: „Was ich habe erdulden müssen, soll auch der andere erdulden." Diesen jüngsten Bruder hat er sehr gerne, sorgt um ihn, während er mit dem mittleren in ständigem Kampf lebt. Er bedauert, daß er keine Schwester hat: „Vielleicht wäre ich nicht homosexuell, wenn ich eine Schwester gehabt hätte." Er ist mit einer entfernten Cousine, die im Auslande lebt, sehr befreundet, und hat manchmal die Phantasie, daß diese Cousine ihn von seiner Homosexualität befreien

könnte. Das schlechte Verhältnis zu seinem mittleren Bruder, der drei Jahr jünger ist, begann erst nach der Geburt des Jüngsten (Altersdifferenz neun Jahre), vorher hat er ihn ebenfalls geliebt und behütet.

Das Durchbesprechen dieser Einstellungen ändert aber nichts an der homosexuellen Einstellung des Patienten, sie bleibt auch weiter unberührt. Als wir im Zusammenhang mit „Bauchschmerzen", die sich während der Analysestunde einstellen, auf die Analerotik eingehen, erinnert sich Patient, daß er eine Zeitlang an die anale Geburt geglaubt hat. Die Existenz der Vagina war ihm damals unbekannt gewesen. Längere Zeit hat ihm sein Stuhl große Sorgen bereitet, er war häufig obstipiert und litt an Flatulenz. Um sich dagegen zu schützen, steckte er Papierpfropfen in seinen After. Besonders schmerzlich war es für ihn, als seine kleine Cousine davon Notiz nahm und mit der verächtlichen Bemerkung: „Du stinkst", ihn verließ.

Das Material wird benützt, um die bereits begonnenen Deutungen seiner Homosexualität zu ergänzen: 1. Wenn der Mastdarm zur erogenen Zone erklärt wird, so sind damit die Konsequenzen der Kastrationsangst vollzogen, er hat seinen Penis aufgegeben und ist bereit, mit seinem Anus den Penis des Vaters zu empfangen. Der Patient sieht diesen Zusammenhang ein, betont aber, daß er seinen Penis doch nicht aufgegeben hat, da in der homosexuellen Beziehung die Onanie am Penis und nicht der Coitus per anum die Hauptrolle spielt. Der Haß gegen die Frauen beginnt nach der Besprechung des Kastrationskomplexes umschriebene Formen anzunehmen. Patient möchte ihnen den Bauch spalten, die Brust abbeißen (bei diesem Einfall hat er ein unangenehmes Gefühl in der eigenen Brust). Ich meine, daß soviel Aggression gegen die Frau zwangsläufig eine Revanche erwarten läßt. So ergeben sich als weitere Gründe seiner Homosexualität: 2. beim Verkehr mit der Frau die Gefahr der eigenen Aggression, daher 3. Angst vor der Revanche; 4. bedeutet die Homosexualität gleichzeitig die Befriedigung der Aggression: „Ich brauche die Frau nicht."

Die Cousine aus dem Ausland kommt für einige Wochen nach Wien und verliebt sich in den Patienten, doch bleibt dieser kühl, seine Homosexualität ist unverändert. Durch ausführliche Besprechung seiner Beziehung zur Gouvernante Erna ist Patient zur Überzeugung gekommen, daß die realen Quälereien dieser Person nicht den einzigen Grund seines Hasses gegen die Frauen bedeuten können. Die Intensität dieses Hasses und seine Ausdehnung auf so zahlreiche Objekte rechtfertigen die Vermutung, daß noch andere, unbewußte Motive dahinterliegen. Der Hinweis auf seine Empfindlichkeit bei kleinen Verstößen der Mutter oder der Hausgehilfin gegen seine Diät bringen eine Fülle von Erinnerungen aus seiner Kindheit. Im dritten Lebensmonat, so wurde ihm berichtet, bekam Patient eine Amme, da die Milch der Mutter zu knapp wurde und nach Ansicht des behandelnden Arztes bereits eine Störung seiner Gesundheit eingetreten war. Auch für seine beiden Brüder mußten Ammen aufgenommen werden. Patient erinnert sich deutlich, daß er seine Brüder beneidete, einmal schaute er dabei so gierig die Amme an, daß es ihr auffiel und sie ihn zum Scherz mit ihrer Milch anspritzte. Da durch den Krieg die Lebensmittel knapp geworden waren, erregte es seinen besonderen Ärger, daß die Amme täglich zum Frühstück einen halben Liter Milchkaffee bekam. Ein ausgesprochen freudiges Ereignis dagegen war es, als einmal die Amme des Bruders „nicht richtig funktio-

nierte". Dieser orale Neid wurde dann zum Teile überkompensiert, als Patient, für seine Brüder mütterlich sorgend, täglich in einen entlegenen Bezirk fuhr, um Milch zu holen. Zweimal passiert ihm ein Unglück, die Flasche fällt ihm aus der Hand, worauf er mit heftigen Schuldgefühlen reagiert. Der Zusammenhang zwischen seiner Gier beim Essen und vor allem beim Trinken und jener frühen oralen Versagung leuchtet dem Patienten ein. Er gibt zu, daß sein Benehmen häufig an den unersättlichen Säugling erinnert. Sein Haß gegen Frauen hängt also mit dieser ersten Enttäuschung zusammen. Eigentümliche Sensationen im Bereiche des Mundes und der Fingerspitzen, über die Patient schon früher berichtet hat, werden jetzt verständlich. Es handelt sich um ein unangenehmes Trockenheitsgefühl in diesen Regionen. Um sich dagegen zu schützen, fettet Patient die Haut, die Lippen und den Anus häufig ein. Zusammenhänge zwischen Mund, Hand und Anus werden hier erörtert. Die Vorliebe für Milch und Molkereigeschäfte bedeutet eine Fixierung an die erste glückliche Zeit, während sein Abscheu vor Fleisch und Fleischgeschäften mit dem Beginn des Beißens und der darauffolgenden Entwöhnung zusammenhängt. Er bestellt im Restaurant nie eine Fleischspeise. „Das wäre zu teuer." Einfälle beweisen, daß es sich nicht um zu teuer im realen Sinne, sondern um den Verlust der Mutterbrust nach dem Durchbruch der ersten Zähne handelt. Es sieht so aus, als ob der Patient sagen möchte: solange ich auf Fleisch, also Beißen, verzichte, darf ich ungestört an der Mutterbrust bleiben. Daß dieser Verzicht nur partiell gelungen ist, illustriert sein Verhalten beim Essen von Zucker. Er ist ja nicht wirklich in toto ein Säugling geblieben, sozusagen gegen seinen Willen hat er Zähne bekommen und kann ihre Betätigung nur zeitweise hemmen. Da seine Libido auf diesem kleinen Abschnitt (orale Zone) nicht restlos befriedigt werden kann, kommt es zu Stauungen und Konflikten.

Wir erblicken jetzt die nächste Schichte der Enuresis nocturna. Nach der oralen Versagung, Haß gegen die Mutter, Identifizierung mit ihr, wird der Penis zum Brustersatz; was bisher passiv empfangen wurde, wird aktiv gegeben. Die gegenseitige Onanie bei dem homosexuellen Verhältnis, das Saugen an den Brustwarzen und am Penis bedeuten: Kind-Mutter spielen. Er repräsentiert die phallische Mutter, ist aktiv seinem Freund gegenüber, der an seinem Penis saugt oder es übernimmt umgekehrt der Freund die Rolle der phallischen Mutter. Patient erinnert sich, daß im achten Lebensjahr plötzlich seine Brust größer wurde und seine Mutter deswegen einen Frauenarzt konsultierte. Wir verstehen jetzt, warum er bei der Onanie seinen Penis von unten beleuchtet: „Der Schatten soll auf die Brust fallen." Der Haß gegen die Gouvernante hängt also mit dem Haß gegen die Mutter zusammen. Dieser Haß bei gleichzeitig bestehender Liebe war sehr quälend; durch die Identifizierung wurde ein Teil aufgenommen, der übriggebliebene Anteil wurde auf andere Objekte verschoben: Erstens auf Erna, Patient erinnert sich jetzt, daß er selbst manche Quälereien provoziert hatte; so hatte er Erna vorgeschlagen, ihn nur alle vier Stunden urinieren zu lassen, um die Blase widerstandsfähiger zu machen. Als sie auf diesen Vorschlag einging, litt er sehr darunter, zweitens auf den Vater. Daher versuchte Patient immer wieder den Vater

als strengen Tyrannen zu erleben, während er in Wirklichkeit ein schwächlicher und ängstlicher Neurotiker war. Die Milde des Vaters war für ihn eine Enttäuschung, doch war die phantasierte Strenge nicht imstande, wirklich größere Mengen von Haß auf sich zu ziehen. Das Beißen an der Nagelhaut der Finger und an den Lippen, das zu energische Zähneputzen, erweisen sich als Onanieäquivalente, wobei die eigene Haut an Stelle der Mutterbrust tritt, der Mund aber nicht beim harmlosen Saugen verbleiben kann, sondern die von den Zähnen ausgehende Aggression befriedigt.

Die Onanie bedeutet: Die Wiederholung der ersten Lusterlebnisse an der Mutterbrust, wobei auf die Mutter verzichtet wird und an ihre Stelle ein Teil des eigenen Körpers rückt. Der Mund, beziehungsweise die Hand verkörpern die Libido mit passiven, der Penis die mit aktiven Triebzielen. So bedeutet die Onanie Kastration, die aber nicht mehr passiv empfangen, sondern aktiv — allerdings am eigenen Körper — ausgeführt wird.

Während der Analyse der oralen Phase hat sich die homosexuelle Einstellung wesentlich geändert. Die Bindung an den Freund wurde immer geringer, die homosexuelle Beziehung aufgegeben, die Gleichgültigkeit, beziehungsweise der Haß gegen die Frauen begann einem erotischen Interesse Platz zu machen. Es traten Träume auf, in denen Patient mit einer nackten Frau im Bett liegt und an ihrer Brust saugt.

Fall II: Schreibkrampf.

Analytiker: Bergler.

Ein 41jähriger, pensionierter höherer Beamter suchte die Analyse wegen eines seit acht Jahren bestehenden Schreibkrampfes auf. Der Schreibkrampf setzte plötzlich ohne erkennbare äußere Ursache ein. Patient sollte seine Unterschrift unter ein Schriftstück setzen (es war im Augenblick niemand in seinem Zimmer), da bemerkte er zu seinem Entsetzen, daß er nicht mehr schreiben könne. Der Schreibkrampf schwankte in der Folgezeit, wie das typisch ist, in seiner Intensität und nahm alle Grade an, beginnend von Zittern, Ausfahren, Unsicherheit des Armes (die sich manchmal bis zu schmerzhaften Versteifungen steigerte) bis zur gänzlichen Unfähigkeit zu schreiben. Die Funktion des rechten Armes ist sonst keineswegs eingeschränkt, ausgenommen sind Schwierigkeiten beim Essen und Trinken flüssiger Speisen (Kaffee, Suppe, Wasser usw.). Das Schreiben mit Tinte war schwieriger als mit Bleistift. Wenn jemand dem Patienten beim Schreiben zusah, war das Schreiben völlig unmöglich.

Patient hatte alle möglichen Kuren — elektrische, sedative und die Zeileis-Methode — erfolglos versucht, lernte schließlich um und wurde Linkshänder, wobei aber zeitweise auch am linken Arm die gleichen Störungen auftraten.

Aussehen und Gehaben des Patienten erinnerten ein wenig an das eines aktiven Offiziers mit aristokratischen Allüren. Dieser Eindruck wurde bestätigt, als aus der Lebensgeschichte zu erfahren war, daß Patient — die Mutter war Hausbesorgerin, der Vater ursprünglich Gendarm, dann Postunterbeamter — in einem Milieu von Aristokraten aufgewachsen und aus diesem seine Identifizierungen her-

leitete. Der Zufall wollte, daß Patient Gespiele eines im Hause wohnenden Aristokratensöhnchens war, die Familie nahm sich des Knaben sehr an, einige im Hause verkehrende Aristokraten versuchten, den hübschen Knaben zu homosexuellen Akten zu benützen.

An den Vater hat Patient anfangs nur eine Erinnerung: er sieht ihn — Patient war damals knapp vier Jahre alt — auf der Totenbahre liegen, ohne daß dies scheinbar tieferen Eindruck auf den Patienten machte. Die Mutter wird als energische, resolute Person geschildert, die den Patienten vor seinem zwei Jahre älteren Bruder bevorzugte. Als einer der beiden Knaben in eine Waisenanstalt abgegeben werden sollte, entschied sich die Mutter dahin, den jüngeren im Hause zu behalten. Vom [illegible]er „verflucht", blieb Patient bei der Mutter und dies legte die schon früher [illegible]dene Abwehr des Älteren fest: es entstand eine lebenslängliche Feindschaft des [illegible]eren gegen den Jüngeren. Der Entschluß, den Patienten im Hause zu belassen, wurde durch zwei Momente bestimmt: durch die Freundschaft des Knaben zum Baron X. und das Bettnässertum des Patienten, das vom dritten bis siebenten Lebensjahr dauerte. Patient bleibt nach Abschiebung des Bruders in die Waisenanstalt mit der Mutter allein zurück. Es ist dies „die glücklichste Zeit seines Lebens"; dieses Glück wird lediglich durch den ständigen Kampf gegen das Bettnässen getrübt. Die Mutter versuchte, dem Patienten vergeblich diese „Unart" durch Güte, dann Geduld, endlich durch Drohungen abzugewöhnen. Der Patient hatte den „besten Willen". Er kam auch auf recht originelle Ideen in diesem Kampfe: so zum Beispiel montierte er den Gasschlauch ab, befestigte ihn an seinem Glied und führte das Ende direkt in einen Kübel, oder er improvisierte ein Suspensorium, wobei er sich das Abfließen des Urins offenbar etwas zu mechanisch vorstellte, oder er legte Watte und Leinwandbauschen zwischen Vorhaut und Penis ein usw. Patient litt außerdem an einer Phimose. Auch da versuchte er mit radikalen Mitteln eine Selbstheilung. In Analogie zu den Dehnungsversuchen des Arztes umwickelte er die Spitzen eines Zirkels mit Watte und „dehnte". Patient war überhaupt in dieser Zeit ein recht mutiger, scheinbar unerschrockener Junge (wie sich später erwies: auch aus seinem Strafbedürfnis). Er wurde der „verrückte Hans" genannt: beim Zahnarzt fürchtet er sich nicht vor Schmerzen, ist überhaupt gegen Schmerzen besonders tolerant, wird bald ein prämiierter Radfahrer, fährt z. B. mit dem Rad vom ersten Stock über die Treppe usw. In diese Zeit fallen Tierquälereien, Rattenschießen usw. Etwas später tritt eine Wandlung ein: Patient wird ängstlich, zurückhaltend, scheu. Im vierzehnten Lebensjahr ereignet sich ein sonderbarer Unfall: Patient, der preisgekrönte Radfahrer, fährt in einen mit zwei Pferden bespannten Postwagen (der Vater war Postbeamter gewesen!) so ungeschickt hinein, daß er stürzt. Daran schließt sich ein langes Krankenlager, die Folge eines Bruches und einer Coxitis; am Ende bleibt eine Versteifung des Gelenkes und eine Verkürzung des Beines zurück. Mit 17 Jahren beginnt Patient seine Beamtenlaufbahn. Es kommt nun zu einer Umkehrung der Kindheitssituation: der Bruder bleibt zu Hause bei der Mutter und studiert zur Matura, Patient muß die Familie erhalten. Dabei rächt sich der Bruder für seine Zurücksetzung in früheren Jahren: rücksichtslos tyrannisiert er die Mutter, versetzt alles, was nicht niet- und nagelfest ist, und Patient muß mitansehen, wie die Mutter aus Angst vor dem „mißratenen

Buben" selbst das vom Patienten verdiente Wirtschaftsgeld dem Älteren zusteckt. Die Konflikte zwischen den Brüdern spitzen sich immer mehr zu: da stirbt die Mutter. Im Verhalten des Patienten erfolgt wieder eine scheinbar jähe Wendung: er beginnt, den Bruder zu bemuttern, kocht für ihn, kurz, bezieht eine direkt weibliche Position. In diese Zeit fällt eine wichtige Episode: Patient erwartet den Bruder spät nachts (der Bruder kommt um diese Zeit regelmäßig betrunken nach Hause), schleppt ihn zum Fenster, steckt dem Bruder den Finger in den Mund, um ihn zum Erbrechen zu bringen. Die Rationalisierung lautet: der Bruder würde sonst den Teppich durch „Ankotzen" beschmutzen... Dieses Idyll dauert nicht allzu lange, der Bruder heiratet trotz dem schärfsten Protest des Patienten. Kurze Zeit hierauf heiratet Patient ebenfalls. Er wählt eine um zehn Jahre ältere, sexuell desinteressierte Frau — Typus Mannweib — die lange Jahre hindurch eine Beziehung zu einem hohen Beamten der bewaffneten Macht gehabt hatte (der Vater des Patienten war Gendarm gewesen!) und deren einziges Interesse Pferde waren. Es war, wie Patient behauptete, keine Liebesheirat, es ist mehr ein Nebeneinanderleben. Nach zweijähriger Ehe wird dem Patienten klar, daß die Frau frigid ist. Knapp darauf bekommt Patient seinen Schreibkrampf. Patient glaubt ursprünglich, der Krampf hänge mit dem sexuellen Verkehr zusammen, schränkt die sexuellen Beziehungen auf ein Minimum ein und gibt sie später ganz auf. Er hat bei Beginn der Analyse mit der Frau seit sieben Jahren nicht mehr verkehrt, ohne daß diese dagegen protestiert hätte. Das seit der Kindheit bestehende Symptom des Nägelbeißens verstärkt sich. Patient läßt sich widerstandslos wegen seines Schreibkrampfes pensionieren und findet keinen Posten, obwohl er ganz gute Beziehungen hat. In den nächsten Jahren widmet er sich der Behandlung seines Schreibkrampfes, hat, da alle Behandlungen wirkungslos sind, ernste Selbstmordideen und versucht als letztes Verzweiflungsmittel die Analyse.

Der Patient macht den Eindruck eines sexuell völlig desinteressierten Menschen. Er habe, behauptet er, sexuell verkehrt, „weil's sein muß", ohne Bedürfnis und ohne Befriedigung. In den letzten Jahren habe er „pausiert", in den letzten Monaten vor der Analyse habe er eine Freundin, mit der er „alle paar Wochen" koitiert. Sein Bekanntenkreis war auffallend: er bestand aus lauter ausübenden Homosexuellen. Patient selbst lehnte die Homosexualität ab, verbat sich das Erzählen der Abenteuer seiner Freunde, erfuhr aber alles auf dem Umweg über seine Frau, die die Vertraute dieses Kreises wurde.

Die Analyse ergab vorerst eine starke unbewußte Homosexualität des Patienten, die sich in der Übertragung unter schwersten Widerständen klar zeigte. Diese unbewußte Homosexualität war sekundär und baute sich auf einer verdrängten, aggressiven Haßeinstellung gegen den Vater (Bruder) auf nach dem so häufigen Entstehungsmodus: Aus Kastrationsangst verzichtete er auf den Penis, wollte aber dafür vom Vater (Bruder) wie eine Frau geliebt werden. Eine Reihe von Momenten bewies seine unbewußte Homosexualität: sein Bekanntenkreis, seine Beziehung zum Bruder, mit dem er schwere Konflikte wegen dessen Heirat — Eifersucht! — hatte (Patient kochte und führte dem Bruder nach dem Tode der Mutter die Wirtschaft), seine ständige Angst, als Geschworener in einem Homosexuellenprozeß mitwirken zu

müssen, sein al[illegible]eifriges Streben, Bekannte von der Homosexualität abzubringen (er reiste deshalb [illegible] Jahren in eine entfernte Stadt, um einen dort wohnenden Bekannten von der [illegible]sexualität durch Abreden zu „heilen") und — nicht zuletzt — die Wahl seiner Frau. Diese Homosexualität — die nur teilweise das sexuelle Desinteressement des Patienten erklärte — war genährt durch eine lange Reihe von Verführungen, die selbst bei Berücksichtigung der „traumatophilen Diathese" (A b r a h a m) noch immer ein beträchtliches Material ergaben. Es waren dies vor allem Szenen, die sich auf einen Baron Z. und seinen Jockey bezogen. Beide haben sich am Knaben zwischen seinem vierten bis sechsten Jahre homosexuell vergriffen. Diese Szenen waren vollkommen verdrängt. Die Mutter des Patienten, der das verstörte Wesen des Knaben auffiel, verbot ihm den Umgang mit dem Jockey. (Vergleiche die späteren Versuche des Patienten, seinen homosexuellen Freunden die Homosexualität zu verbieten. Er spielt darin Mutter.) Ganz unschuldig dürfte der Knabe an diesen Verführungen nicht gewesen sein, da sich die homosexuellen Verführungen auch nach dem Verbot wiederholten: seine Spielkameraden waren die Verführer.

Zu Lebzeiten des Vaters entwickelte Patient einen starken Haß gegen diesen, der äußerlich an folgende Erinnerung anknüpfte: der Vater hatte einmal den Patienten — als Bestrafung für seine Enuresis — in den Keller gesperrt. Dort beschloß der Knabe — die Szene muß vor dem vierten Lebensjahr spielen, da der Vater in diesem Alter des Knaben an einem Sarkom starb — aus Rache in der Nacht seine Kinderpistole abzuschießen, „damit der Vater erschrecke". Als der Vater kurz darauf starb, schob sich der Knabe unbewußt die Schuld am Tode des Vaters zu. Auf der Oberfläche war bloß ein starkes Strafbedürfnis sichtbar. Dieses Strafbedürfnis leitete sich aus dem Ödipuskomplex ab. In der Analyse gelang die Rekonstruktion der Urszene bis auf eine Lücke: Patient erinnerte, wie der Vater, im Bette liegend, die Lampe auslöschte, wie die Mutter ins Nachtgeschirr urinierte — hier war eine Lücke in der Erinnerung — und in der Frühe tastete der Knabe das Gesicht der Mutter ab und fragte, ob sie Narben habe. Die Analyse ergab, daß der Knabe eine sadistische Koitusvorstellung gehabt haben müsse, wobei das Schlagen der Frau den ersten, das gegenseitige Anurinieren (vielleicht Hineinurinieren in Mund und After) den zweiten Akt darstellte. (So verglich Patient regelmäßig seine eigenen Urinmengen mit denen der Mutter.) Weitere Erinnerungen aus der Zeit vor dem Tode des Vaters (viertes Lebensjahr des Patienten) lassen deutlich erkennen, daß seine aggressiven Tendenzen schon an den Penis gebunden waren und daß er konsekutiv eine große Kastrationsangst vor dem Vater entwickelte und diesen auch direkt provozierte. So stocherte er zum Beispiel mit einem Messer in der Sparbüchse der Eltern herum, um Geld herauszubekommen, obwohl er wußte, daß der Vater im Nebenzimmer war: er bekam auch die gewünschten Prügel, der Anlaß dieser Provokation war symbolisch ein sexuelles Geständnis. Im Sinne seiner Kastrationstendenzen sprechen auch die ständigen schmerzhaften Prozeduren am Penis, die Patient teils selbst vollführte, wie das Dehnen der Phimose mit dem Zirkel, teils gerne an sich geschehen ließ (Phimosendehnung und Operation). Er blieb auch späterhin ein freudiges Operationsobjekt, wurde auch wiederholt operiert. Bezeichnend ist auch, daß er, obwohl er schlechte Erfahrungen

mit den Ärzten gemacht hatte (Prof. Lorenz erklärte ihm, daß seine Hüftgelenkskrankheit unsachgemäß behandelt worden war, die Verkürzung hätte vermieden werden können; jahrelange erfolglose Behandlung beim Schreibkrampf und viele andere Beispiele), er es den Ärzten nicht nachtrug. Diese bei Patienten ungewöhnliche Milde, das Fehlen jedes Ressentiments, war nur aus seinem Strafwunsch erklärlich.

Seine Enuresis hatte folgende Komponenten: In der ersten — aktiven — Phase war sie ein Versuch, mehr zu urinieren als der Vater, dem Vater also sexuell (Urin = Sexualprodukt) überlegen zu sein. In diesem Sinne spricht auch seine groteske Verlängerung des Penis mittels des Gasschlauches zu einem Riesenpenis. In einer Übergangsphase war die Enuresis ein Protest gegen die Kastration. In der dritten Phase, nach Verzicht auf den Penis, war es ein weibliches Fließenlassen, eine Phase, der die weibliche Identifizierung mit der Vorstellung zugrunde lag, das weibliche Genitale sei ein Behälter, aus dem ständig Urin abfließt.[15] (Der Knabe wurde einmal mit dem kleinen Baron von dessen Bruder, einem Studenten der Medizin, beim Ansehen medizinischer Atlanten ertappt; auf die ironische Frage, was sie denn so interessiere, kam nach langem Zögern die Bitte um Aufklärung, ob das Mädel ununterbrochen urinieren müsse.) Daneben hatte das Enuresissymptom eine Reihe von Nebenbedeutungen: es war Trotz gegen die Eltern, zugleich ein Mittel, die Mutter zu zwingen, bei der Reinigung sein Genitale in die Hand zu nehmen, endlich ein erfolgreiches Mittel gegen die Abschiebung in die Waisenanstalt usw.

Von der Besprechung seiner Enuresis führte ein Weg zu seinem Schreibkrampf. In der bekannten Arbeit von Jokl[16] wird das Symptom auf die urethrale Komponente zurückgeführt. Tatsächlich bestätigte der Fall Jokls Befunde: die urethrale Komponente spielte eine große Rolle.

Zusammenfassend ergaben sich folgende Determinanten des Schreibkrampfes:

1. Das Symptom trat auf, als Patient erfuhr, daß seine Frau frigid sei. Der Schreibkrampf diente in oberflächlicher Schichte vorerst der Rache an der Frau: ein Beamter muß schreiben können. Der andere häufig beschrittene Weg der Rache durch Impotenz war nicht gangbar, da die Frau sich daraus nichts gemacht hätte. Tatsächlich hatte er die Frau am empfindlichsten Punkt zielsicher getroffen: er wurde mit einer kleinen Pension in den Ruhestand versetzt.

2. Die Versteifung des Armes bedeutete Hemmung seiner aggressiv-sadistischen Mordimpulse gegen die Frau mit konsekutiver Selbstbestrafung. (Dahinter verbarg sich die Wiederholung von Aggressionen gegen Vater und Mutter — aktive Kastrationswünsche.)

3. Die Enttäuschung an der Frau führt zur Regression zu infantilen Befriedi-

15) Auf die Bedeutung dieser dritten Phase hat H. Deutsch aufmerksam gemacht. Ich glaube, daß für die männliche Enuresis die Kombination aller drei Phasen typisch ist. Dies konnte ich an einer Reihe von Fällen sehen. Einen dieser Fälle publizierte ich: „Zur Psychoanalyse eines Falles von Prüfungsangst", Zentralblatt f. Psychotherapie, 1933, H. 2. Die tiefste und wichtigste Schichte der Enuresis ist aber oral. (Siehe später.)

16) „Zur Psychogenese des Schreibkrampfes", Int. Ztschr. f. Psa., VIII, 1922.

gungsarten, vor allem zu urethralen Wünschen, die innerlich kaum verlassen waren. Der Schreibkrampf bedeutete also Enuresis plus Hemmung derselben. (Die Enuresis war auf beiden Stufen wiederholt: auf der männlichen und auf der weiblichen.)

4. Der ganze Arm wird sexualisiert und verweigert die Funktion; die schmerzhafte Versteifung entspricht neben der Aggression auch der Abwehr einer homosexuellen Komponente: eine der typischen „Verführungen" bestand in der Aufforderung, den Penis des Partners (Baron Z., Jockei) in die Hand zu nehmen und bis zur Ejakulation Friktionen auszuführen, respektive den Finger in den After zu stecken. In einer Schichte war die Hand After, die Feder Penis.

5. Das Symptom war bisexuell angelegt: die Hand hatte auch die Bedeutung der Vagina, die Feder die des Penis; das Ganze war aber auch die Darstellung eines Koitus mit Schuldgefühl und konsekutiver Hemmung. Die Hand wird verkrampft, damit die Feder (Penis) nicht fließen (Harnlassen = Ejakulieren) kann.

6. Endlich war ein exhibitionistisches Motiv im Symptom enthalten, das sich mit dem Strafwunsch verband: er demonstrierte förmlich, was er zu verbergen wünschte. (Man denke an die Szene mit der Sparbüchse.)

Das Symptom hatte Zuflüsse aus analen, urethralen und phallischen Wünschen und war zugleich Ausdruck seiner aktiven und passiven Strebungen.

Soweit war die Analyse fortgeschritten, als sich einige Tatsachen als Einwand gegen diese Aufstellungen (zumindest gegen deren Vollständigkeit) ergaben: die sonderbare Tatsache, daß Patient bei Besprechung seiner urethralen Tendenzen in einem späteren Zeitpunkt der Analyse Gähnkrämpfe bekam. Aus dem ganzen Verhalten des Patienten waren die Gähnkrämpfe als bloßer Widerstand nicht zu verstehen. Um dieselbe Zeit traten schwere Eßstörungen auf. Endlich befriedigte der therapeutische Erfolg nicht — es war im siebenten Monate der Analyse — da der Zustand des Patienten trotz gelegentlicher starker Schwankungen zum Positiven im wesentlichen unverändert blieb. Vor allem ergaben die Gähnkrämpfe und die Eßstörungen den Verdacht auf orale, bisher nicht aufgedeckte Triebschicksale. Näheres Eingehen ergab ein eindeutiges Material: Im Alter von vier Jahren wurde Patient von einem Psychopathen, der im selben Hause wohnte, zu oral-homosexuellen Praktiken gezwungen. Eine Erinnerung lautete: „Dr. C. nahm mich zu sich in die Wohnung, zog mich und dann sich aus und zwang mich, sein Glied in den Mund zu nehmen. Er ejakulierte, mir wurde übel, ich erbrach, der Doktor gab mir hierauf saure Milch zu trinken ..."

Nun gibt es eine Situation im Leben des Patienten, in welcher er diese Szene buchstäblich wiederholte: als er nach dem Tode der Mutter dem Bruder die Wirtschaft führte, wollte er ihn vom Trinken abbringen und propagierte sein Lieblingsgetränk: saure Milch. Als der Bruder betrunken nach Hause kam, zerrte er ihn zum offenen Gangfenster, steckte ihm den Finger in den Mund, um den Bruder zum Erbrechen zu reizen, mit der Rationalisierung, der Bruder beschmutze sonst beim Erbrechen den Teppich. Der Gähnkrampf in der Analyse entpuppte sich also als Abwehr dieser auftauchenden Fellatiowünsche.

Nun könnte man einwenden, es war eben eine der allzu vielen „Verführungen", denen der Knabe ausgesetzt war. Das Problem lautet aber, warum unter so vielen

und so vielartigen Verführungen gerade diese so entscheidenden Einfluß hatte, und es ergab sich die Frage, ob nicht auch die Enuresis eine Wiederholung der oralen Wünsche darstellte. Schon im ersten Teil der Analyse war die starke Identifizierung des Patienten mit dem Weibe aufgefallen. Der Vorstoß in die phallische Phase mißlang beim Knaben aus übergroßer Kastrationsangst; die weibliche Identifizierung konnte um so leichter vor sich gehen, als Patient letzten Endes auf die ursprüngliche Brustbedeutung des Penis zurückgehen konnte. Er verzichtete also bloß auf den gefährdeten Penis und konnte dafür den ewig fließenden weiblichen Penis = die Brust der phallischen Mutter, eintauschen. Somit hatte seine Enuresis nicht bloß die Bedeutung einer Identifizierung im landläufigen Sinne, sondern war Ausdruck seiner frühesten Sehnsucht: selbst eine Brust (= Penis) zu besitzen; letzten Endes also etwas Aktives. Es wurde klar, welchen Sinn die früher angeführte, an und für sich unverständliche Erinnerung hatte, die besagte, er hätte sich die Urinmengen der Mutter[17] genau angesehen und einmal vom Topfe nicht aufstehen wollen mit der Begründung, er hätte zu wenig uriniert. Die Verführung durch Dr. C. wirkte deshalb so nachhaltig, weil sie bloß etwas nie Erledigtes, unwillig Verlassenes aktivierte: den Wunsch, selbst phallische Mutter zu sein.

Der hier geschilderte Fall wurde vom Verfasser im Mai 1929 im technischen Seminar der Wiener psychoanalytischen Vereinigung referiert. Referent stellte als wichtigsten Punkt zur Debatte: die Beziehung der urethralen zur oralen Komponente, ohne daß die Debatte darauf eine plausible Antwort hätte geben können. Die Analyse dauerte noch einige Monate (im ganzen etwa ein Jahr) und ergab immer mehr die zwingende Vermutung, daß Patient passiv Erlebtes aktiv verarbeitete, daß also Patient die Situation: Säugende Mutter — saugendes Kind in seinem Schreibkrampf wiedererlebte. Anders ausgedrückt: Die tiefste und wichtigste Bedeutung seines Schreibkrampfes war folgende: Die Hand bedeutete den Mund, die in Tinte getauchte Feder bedeutete die Brust, Patient spielt also zugleich säugende Mutter und saugendes Kind, die Schreibhemmung ergab sich aus dem Über-Ich-Verbot, das das Ganze — mit Recht — als etwas Sexuelles auffaßte.[18]

Im Verlaufe der Analyse wurde — bei Besprechung seiner haßvoll-ängstlichen Beziehung zur Gattin — klar, daß Patient zur Mutter eine höchst ambivalente Beziehung gehabt haben mußte, welche er in der Ehe wiederholte. Neben der Liebe war stärkster Haß zu konstatieren, der — wie aus seinen Symptomen geschlossen werden mußte — zutiefst auf die orale Enttäuschung zurückging. Es war ja bezeichnend, daß er nach Entdeckung der Frigidität der Gattin sich sozusagen sexuell selbständig machte mit einem Symptom, das mit einem Anteil der

17) Tendenzen ähnlicher Art waren natürlich auch dem Vater gegenüber vorhanden.

18) Diese tiefste Schichte färbte auch auf die homosexuelle Tendenz des Patienten ab: zutiefst war es gar nicht der männliche Penis, sondern die phallische Frau (Mutter mit Brust), die er suchte.

Frau zu sagen schien: Ich brauche dich nicht, ich habe selbst eine ewig fließende Brust. Die Tatsache, daß Patient auf eine genitale Enttäuschung oral reagierte, beweist auch, wie seine tiefste Sehnsucht beschaffen war: oral. Die früher erwähnte exhibitionistische Note im Symptom des Bettnässens (Schreibkrampfes) wäre vom Standpunkt des Mammakomplexes auch folgendermaßen zu ergänzen: Patient demonstrierte der Mutter, daß auch er eine Mamma hatte. —

Die Deutung des Kastrationskomplexes auf der phallischen Stufe führte zu keinem therapeutischen Ergebnis; dagegen stellte sich eine wesentliche Änderung erst ein, als der — wie wir jetzt zu sagen vorschlagen — „Mammakomplex" durchgearbeitet wurde. Dabei ergab sich auch ein Hinweis auf die ständigen Kastrationswünsche des Patienten: sie waren (neben Bestrafungen aus Schuldgefühl, etwa: orale Kastrationswünsche) Wiederholungen des Entwöhnungstraumas, wobei der Wiederholungszwang dazu führte, daß Patient das peinliche Erlebnis immer wieder reproduzierte, um es psychisch zu bewältigen. Dabei war — wie Freud bei Besprechung des Wiederholungszwanges wiederholt hervorhob — das Unlustvolle des Erlebnisses kein Hindernis gegen die Wiederholung.

Gewiß hatte Patient die späteren Stufen (anale, urethral-phallische) andeutungsweise erreicht; er schleppte aber auf jede dieser Stufen so viele „Restanzen" aus der Mammasituation mit, daß er — unter dem Druck seiner akzidentellen Erlebnisse und der allzu großen Kastrationsangst, wobei die Frau immer deutlicher (vor allem in einer ganzen Serie von Träumen) zur Kastratorin[19] wurde — immer wieder regredieren mußte. — Die Buntheit des Bildes war etwa der chaotischen Währungssituation eines Landes vergleichbar, in dem fünferlei Währungen zugleich in Geltung sind (etwa Schillinge, neuösterreichische Kronen, altösterreichische Kronen, Gulden und Taler), die Bevölkerung aber nur zur ältesten Währung Vertrauen hat: zum Taler; wobei — um das Komplizierte der Situation halbwegs wiederzugeben — angenommen sei, daß nach einem bestimmten Umrechnungsmodus die einzelnen Währungen in der nächstfolgenden mitenthalten sind.

Als Bestätigung der oben angeführten Aufstellungen seien die einzelnen Selbstmordarten, die Patient im Verlauf der Analyse für sich propagierte, der Reihe nach genannt: in der ersten Zeit wollte er sich erschießen (siehe Szene im Keller), dann ertränken[20] und endlich verlangte er Gift von mir.

Leider mußte die Analyse aus äußeren, hier nicht wiederzugebenden Gründen vor drei Jahren nach einjährigem Verlauf unterbrochen werden. Das Symptom hat sich wesentlich gebessert: der Patient, der jahrelang nicht schreiben konnte, hat seither wiederholt Posten als Beamter, Buchhalter, Kassier usw. eingenommen und konnte seinen Schreibarbeiten nachkommen. Die Unvollständigkeit der Analyse erklärt zum Teil den Teilerfolg. Bezeichnend ist aber, daß Patient,

19) Auch hätte die Kastrationsangst und der Kastrationswunsch niemals solche Folgen erzielt (Patient war täglich dutzende Male in Gefahr, aus eigenem Verschulden überfahren zu werden), wenn die Kastrationsdrohung nicht durch die ursprüngliche Kastration, die Entwöhnung, unbewußt verstärkt worden wäre.

20) Interessant ist, daß Patient vor Jahren einen Samariterkurz Rettung Ertrinkender) trotz seiner Fußverkürzung ohne besondere Veranlassung mitgemacht hatte.

der der Analyse freundlich gegenübersteht, wiederholt Patienten in Analyse zu bringen versuchte und mich von Zeit zu Zeit besucht, seither nicht mehr den Wunsch geäußert hat, den „Rest" des Symptoms „wegzuanalysieren". Gewiß mag dahinter auch ein Stück Widerstand verborgen sein, es beweist aber auch die wesentliche Besserung und die jetzige Belanglosigkeit des Restsymptoms. Die schwere masochistische Charakterveränderung des Patienten wurde begreiflicherweise bloß gemildert.

Fall III: Pseudodebilität.

Analytiker: Bergler.

Diese Krankengeschichte wurde in dieser Zeitschrift publiziert.[21] Ich hebe hier die Punkte heraus, die sich auf den Mammakomplex direkt beziehen.

Das ganze Sexualleben, ja fast alle Handlungen des Patienten sind lediglich unter dem Gesichtswinkel des Strebens nach der mütterlichen Brust, resp. der Rache für die Verweigerung derselben verständlich. Der Patient kannte überhaupt nur ein sexuelles Organ: Mutterbrust und Milch, resp. deren Ersatzprodukte. Diese waren seine ausschließliche „neurotische Währung". So erklärt sich die bei Prostituierten ausgeübte Perversion des Urintrinkens, in der eine Szene aus seinem siebenten bis elften Lebensjahr wiederholt wurde: als er zusehen mußte, wie Frauen ihre Kinder stillten, erregte ihn dies sexuell und er spielte selbst die Kind-Mutter-Situation, indem er einen langen Strohhalm in den eigenen Penis steckte, das Endstück an die Lippen setzte und seinen eigenen Urin trank. Seinen eigenen Penis betrachtete Patient unbewußt ebenso als Brust wie das Genitale der Frau. Seine sexuelle Wunschsituation bestand darin, daß die Prostitutierte ihm einen Cunnilingus mit späterer Urolagnie in obszönen Worten befahl. Cunnilingus, Urolagnie, obszöne Worte[22] — immer wieder ist der Patient der passiv Empfangende. In jeder Situation, in welcher Patient aktiv geben soll, versagt er, z. B. im Beruf und als Liebender. Seine intellektuelle Störung ist ebenfalls oral bedingt: da Patient unbewußt die Aufnahme von Gedanken anderer beim Lernen als eine Wiederholung des Einsaugens der Muttermilch auffaßt, muß er in der Schule versagen. Dem Patienten wird zugemutet, Wissen aufzunehmen — oral aufzunehmen — und da ergibt sich die Konfliktssituation: das Kind regrediert infolge der Aktivierung der alten, nicht erledigten oralen Enttäuschung auf die ursprüngliche orale Stufe und verweigert die Aufnahme. Dieser Mechanismus kombiniert sich mit der Rachetendenz gegen die Mutter zu einer Einheit und stellt meines Erachtens den Kernpunkt der Pseudodebilität dar.

Die Ejakulationsstörung erwies sich als Rache für die orale Enttäuschung[23] an der mit der Mutter jeweils identifizierten Frau. „Warum soll ich ihr

21) Bergler: „Zur Problematik der Pseudodebilität." Int. Ztschr. f. Psa., XVIII, 1932.

22) Ich verweise auf meine Arbeit: „Über obszöne Worte." Erscheint in „Imago".

23) Verfasser hat eine Reihe ähnlicher Fälle in seiner Arbeit „Über einige noch nicht beschriebene Spezialformen der Ejakulationsstörung" zusammengestellt. Die Arbeit erscheint demnächst.

etwas geben, gibt sie mir was?" fragte der Patient in einem späteren Stadium der Analyse. Bezeichnenderweise sagte er einmal, er könnte vielleicht auch bei „anständigen" Mädchen, bei denen er impotent war, koitieren, wenn er mit einem Präservativ verkehren würde: „Da kriegt sie ja nichts", meinte er triumphierend. Die groteske Idee des Präservativs als Strafinstrument ist nur oral erklärlich.

In einer geradezu raffinierten Weise versteht es der Patient, die Frau immer wieder zur Gebenden zu machen: er zahlt z. B. bei Prostituierten mit einer größeren Geldnote und läßt sich den Rest heraus geben. (Zugleich ist dies eine „magische Geste".) Oder er provoziert durch sein Verhalten die Mutter zu Schimpforgien: er bekommt Worte. Seine Geldkonflikte mit der Mutter sind ebenso zu erklären. Seine ständige Klage, die Mutter gebe ihm kein Geld, resp. wenn sie es gebe, gebe sie es ungern, sind als Verweilen auf der oralen Vorstufe des Geldinteresses zu verstehen. In allem und jedem spielt er das kleine Kind, das erhalten, gesäugt und ernährt werden muß. Er lebt in der ständigen Angst, die Mutter könne ihn verhungern lassen, es ist eine Kastrationsangst auf oraler Stufe. Seinen Lohn im Betriebe betrachtet er nicht als Äquivalent für die Arbeit. Er behauptet nirgends, außer bei der Mutter, arbeiten zu können, es hänge nur von der Mutter ab, ob er verhungern werde oder nicht.[24] Auch seine maßlose Geschwätzigkeit (Logorrhoe) ist oral determiniert („magische Geste").

Auch sonst war beim Patienten das Vorherrschen oraler Triebelemente in einem geradezu grotesken Ausmaß feststellbar. Patient war ein großer Esser und Trinker. Er mußte — auch außerhalb der Mahlzeiten — immer etwas lutschen, zuzeln, saugen. Er rauchte 30 bis 40 Zigaretten täglich. Im Kaffeehause bestellte er stets Soda mit Himbeer, wobei er mit Wonne am Strohhalm saugte. Jeden Gegenstand nahm er in den Mund. Im Betrieb „kostete" er ununterbrochen von den zu verarbeitenden Lebensmitteln. „Auf den Saft kommt es an", war sein Motto. In diese Gruppe gehören die Vorliebe für Zungenküsse (das Saugen des Speichels führte beim Patienten — auch dort, wo er impotent war — zu einer sofortigen Erektion) und Cunnilingus. Er haßte Prostituierte mit trockener Vagina, eine „nasse" Vulva war für ihn die Vorbedingung seines sexuellen Genusses. Aus diesem Grunde interessierte er sich, soweit es ihm bewußt war, gar nicht für die Brust der Frau: „Da kommt nichts heraus." Doch war das ursprüngliche Interesse nur verdrängt worden. Der Patient war ein Flaschenkind gewesen und niemals an der Brust gelegen. Im Kino bestand seine sexuelle Betätigung im Lutschen des Fingers seiner Partnerin. „Glaubst du, daß da was herauskommt?" fragte ihn bei einer solchen Gelegenheit eine seiner Freundinnen lächelnd. — Diese Beispiele oraler Triebkonstitution ließen sich beliebig vermehren. Immer wieder versucht Patient unbewußt die Mutterbrust zu erlangen, er ist im wahrsten Sinne passiv, will immer nur aufnehmen. Die normale Erledigung des Mammakomplexes ist in der Kindheit nur andeutungsweise versucht worden, um nach der Regression vollkommen verlassen zu werden. Seine masochistischen

24) Dieser orale Pessimismus färbte auch auf die übrigen Ansichten des Patienten ab. Den Fragenkomplex des oralen Pessimisten hat Verfasser in einer längeren Arbeit behandelt: „Zur Problematik des oralen Pessimisten. Demonstriert an Ch. D. Grabbe." Erscheint in „Psychoanalytische Bewegung".

Aktionen geschehen unter dem Druck des Wiederholungszwanges, um das Trauma der Brustentziehung psychisch zu erledigen.

*

Auf Grund unserer Untersuchungen des Mammakomplexes ergeben sich einige Gesichtspunkte, die sich auf die Probleme: A. Aktivität-Passivität, B. Angst des Mannes vor der Frau, C. Männlicher Penisstolz beziehen.

A. Aktivität und Passivität.

In der psychoanalytischen Literatur werden die Begriffe aktiv-passiv in ganz verschiedenen, einander teilweise widersprechenden Bedeutungen verwendet: Das eine Mal im Sinne der von Freud in den „Drei Abhandlungen" formulierten These, ein anderes Mal nach der grammatikalischen Bedeutung und endlich auch im Sinne: aktiv = mehr, passiv = weniger Libido enthaltend. Daraus ergibt sich eine Schwierigkeit wesentlicher Art.

Freud sagt in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (Ges. Schr., Bd. V, S. 95): „Trieb ist immer aktiv, auch wenn er sich ein passives Ziel gesetzt hat." In seiner letzten Arbeit „Über die weibliche Sexualität (Int. Ztschr. Psa., XVII, S. 329) wird die Formulierung wiederholt: „Die Psychoanalyse lehrt uns, mit einer einzigen Libido auszukommen, die allerdings aktive und passive Ziele, also Befriedigungsarten, kennt."

Versuchen wir diese Definition auf ein koitierendes Paar zu übertragen: Der Mann gibt den Samen, das Triebziel und die Triebbefriedigung wird erreicht, wenn der Samen das Subjekt verlassen hat und in das Objekt eingedrungen ist, ist zentrifugal vom Subjekt zum Objekt. Die Frau empfängt den Samen des Mannes, Triebziel und Triebbefriedigung wird erreicht, wenn der Samen das Objekt verlassen und das Subjekt erreicht hat. Die Richtung ist zentripetal vom Objekt zum Subjekt. In diesem Beispiel ist der Mann aktiv,[25] die Frau passiv. Demnach wäre Trieb mit aktivem Ziel mit dem Worte „geben", Trieb mit passivem Ziel mit dem Worte „aufnehmen" zu klassifizieren. Tatsächlich wird diese Nomenklatur nicht eingehalten. In „Triebe und Triebschicksale" (Ges. Schr., Bd. V, S. 453) sagt Freud: „Für das aktive Ziel: quälen, beschauen wird das passive: gequält werden, beschaut werden eingesetzt."

25) Jekels machte 1913 in der Arbeit „Einige Bemerkungen zur Trieblehre", Int. Ztschr. f. Psa., I, 1913, S. 441, die Entscheidung über die Aktivität oder Passivität eines Triebzieles von der Form des entsprechenden Organs abhängig. Federn („Beiträge zur Analyse des Sadismus und Masochismus", Int. Ztschr. f. Psa., I, 1913) hat die „spezifische motorische Impulsität (Drang) des männlichen Zeugungsgliedes" hervorgehoben.

Beim Quälen und Gequältwerden ergibt sich volle Übereinstimmung mit der früheren These, bei Schauen und Beschautwerden ergeben sich aber Schwierigkeiten: Beim Exhibitionismus ist Triebziel und Triebbefriedigung erreicht, wenn das Objekt den Anblick des Subjekts empfangen hat. Also ist die Richtung vom Subjekt zum Objekt verlaufend, der Exhibitionist gebend, aktiv. Bei Schaulust ist Triebziel und Triebbefriedigung erreicht, wenn das Subjekt den Anblick des Objekts empfangen hat. Also ist die Richtung vom Objekt zum Subjekt verlaufend, der Voyeur nehmend, passiv.

Offenbar entsteht diese Schwierigkeit dadurch, daß das Wort aktiv und passiv nicht im Sinne der von Freud formulierten analytischen Bedeutung gebraucht, sondern nach der grammatikalischen Bedeutung verwendet wird.

Wir schlagen vor, zur Vermeidung von Mißverständnissen diese Begriffe lediglich im Sinne der oben formulierten Bedeutung zu verwenden: aktiv = = geben, passiv = aufnehmen, wobei der Ausgangspunkt die Situation: säugende Mutter — saugendes Kind ist. Die grammatische Verwendung der Begriffe aktiv und passiv ist irreführend, wie folgendes Beispiel zeigt: Das Subjekt gibt dem Objekt den Samen, also ist das Subjekt aktiv, doch kann derselbe Tatbestand wie folgt ausgedrückt werden: dem Subjekt wird der Samen entnommen. Hier wäre das Subjekt passiv.

Manche Autoren verwenden aktiv und passiv in dem Sinne, daß die Aktivität ein „mehr", die Passivität ein „weniger" an Libidoquantität bedeutet. So vor allem Ferenczi, ohne es expressis verbis zu sagen, im „Versuch einer Genitaltheorie". Die Bezeichnung ist irreführend. Mit aktiv und passiv sollten lediglich die Triebziele, nicht aber die Quantität des Triebes charakterisiert werden. Eine andere Verwendung würde bedeuten: aktiv = = libidoenthaltend, passiv = ohne Libido.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich bei der Verwendung von aktiv und passiv im Sinne von männlich und weiblich.

Freud sagt in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Ges. Schr., Bd. V, S. 95, Anmerkung 1:

„Es ist unerläßlich, sich klar zu machen, daß die Begriffe ‚männlich und weiblich', deren Inhalt der gewöhnlichen Meinung so unzweideutig erscheint, in der Wissenschaft zu den verworrensten gehören und nach mindestens drei Richtungen zu zerlegen sind. Man gebraucht männlich und weiblich bald im Sinne von Aktivität und Passivität, bald im biologischen und dann auch im soziologischen Sinne. Die erste dieser drei Bezeichnungen ist die wesentliche und die in der Psychologie zumeist verwertbare. Ihr entspricht es, wenn die Libido oben im Text als männlich bezeichnet wird, denn der Trieb ist immer aktiv, auch wo er sich ein passives Ziel

gesetzt hat. Die zweite biologische Bedeutung von männlich und weiblich ist die, welche die klarste Deutung zuläßt. Männlich und weiblich sind hier durch die Anwesenheit von Samen- resp. Eizelle und die von ihnen ausgehenden Funktionen charakterisiert. Die Aktivität und ihre Nebenäußerungen, stärkere Muskelentwicklung, Aggression, größere Intensität der Libido, sind in der Regel mit der biologischen Männlichkeit verlötet, aber nicht notwendigerweise verknüpft, denn es gibt Tiergattungen, bei denen diese Eigenschaften vielmehr dem Weibchen zugeteilt sind. Die dritte soziologische Bedeutung erhält ihren Inhalt durch die Beobachtung der wirklich existierenden männlichen und weiblichen Individuen. Diese ergibt für den Menschen, daß weder im biologischen noch im psychologischen Sinne eine reine Männlichkeit oder Weiblichkeit gefunden wird. Jede Einzelperson weist vielmehr eine Vermengung ihres biologischen Geschlechtscharakters mit biologischen Zügen des anderen Geschlechtes und eine Vereinigung von Aktivität und Passivität auf, sowohl insofern diese psychischen Charakterzüge von den biologischen abhängen, als auch insoweit sie unabhängig von ihnen sind."

In der gleichen Arbeit sagt Freud (S. 94):

„Ja, wüßte man den Begriffen ‚männlich und weiblich' einen bestimmten Inhalt zu geben, so ließe sich auch die Behauptung vertreten, die Libido sei regelmäßig und gesetzmäßig männlicher Natur, ob sie nun beim Manne oder beim Weibe vorkomme und abgesehen von ihrem Objekt, mag dies der Mann oder das Weib sein."

Wir haben vorhin auf das Beispiel des koitierenden Paares die Begriffe aktiv und passiv angewendet. In diesem Falle entspricht die bisherige Nomenklatur den Tatsachen. Eine Änderung tritt aber ein, wenn wir uns einem anderen Beispiele zuwenden: der Mutter und dem saugenden Kind. Hier ist Triebziel und Triebbefriedigung der Mutter erreicht, wenn ihre Milch vom Säugling aufgenommen wird. Die Richtung ist vom Subjekt zum Objekt verlaufend, die Mutter ist gebend, also aktiv. Triebziel und Triebbefriedigung des Säuglings wird erreicht, wenn die Milch der Mutter von ihm aufgenommen wird, die Richtung ist vom Objekt zum Subjekt verlaufend, der Säugling nimmt auf, ist also in dieser Situation passiv.

Die Überlegung, daß jeder Mann einmal auch Säugling und jede Frau (potentiell) auch Mutter ist, beweist, daß der Satz: aktiv ist gleich männlich, passiv ist gleich weiblich, nicht zutreffen kann.[26] Da die Psychoanalyse nicht die Psychologie des erwachsenen Menschen, sondern die des ganzen Lebens ist, erscheint der Vorschlag einer Korrektur der bisherigen Nomenklatur zulässig.

In seiner letzten Arbeit „Über weibliche Sexualität" (Int. Ztschr. f. Psa., XVII, S. 327) schreibt Freud:

26) Siehe dazu Helene Deutsch: „Der feminine Masochismus und seine Beziehung zur Frigidität." Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930, S. 182: „Kein analytischer Beobachter kann leugnen, daß im Mutter-Kind-Verhältnis, begonnen in der Schwangerschaft, fortgesetzt im Geburtsakt und in der Laktation, libidinöse Kräfte im Spiel sind, die dem Verhältnis Mann-Weib ganz nahe verwandt sind."

„Die Bevorzugung des Spiels mit der Puppe beim Mädchen im Gegensatz zum Knaben wird gewöhnlich als Zeichen der früh erwachten Weiblichkeit aufgefaßt. Nicht mit Unrecht, allein man soll nicht übersehen, daß es die Aktivität der Weiblichkeit ist, die sich hier äußert, und daß diese Vorliebe des Mädchens wahrscheinlich die Ausschließlichkeit der Bindung an die Mutter bei voller Vernachlässigung des Vaterobjektes bezeigt."

Dieser Hinweis gestattet, die Konsequenzen der vorgeschlagenen Nomenklatur zu verfolgen. Sie liegen in der präödipalen Phase des Mädchens und des Knaben, also in der Zeit der Mutterbindung und ihrer Folgen. Wir erkennen, daß die Identifizierung mit der präödipalen Mutter (phallischen Mutter) zur aktiven Betätigung führt.

Zusammenfassend meinen wir: Trieb mit aktivem Ziel = geben, Trieb mit passivem Ziel = aufnehmen.

B. Die Angst vor der Frau.

In der analytischen Literatur ist die Angst des Neurotikers vor der Frau auf Grund von zahlreichen Analysen beschrieben worden. Versuchen wir nun, die bisherigen Ergebnisse schematisch zur leichteren Übersicht zu ordnen: Die Angst vor der Frau tritt bei allen möglichen Neurosen auf, ist einmal dem Patienten schon vor Beginn der Behandlung bewußt oder wird — was häufiger ist — im Laufe der Behandlung bewußt gemacht. Diese Angst wird unbewußt in Zusammenhang mit der Vagina gebracht. Dort, wo die Angst bewußt ist, wird sie manchmal mit realen Gefahren, wie Geschlechtskrankheiten, Schwängerung der Frau usw., begründet. Die Analyse zeigt aber, daß hinter diesen realen Gründen regelmäßig irreale, unbewußte Gründe vorhanden sind, welche die Intensität dieser Angst und ihre Unkorrigierbarkeit, es sei denn durch Analyse, bedingen. Diese Gründe sind nur genetisch zu verstehen, sie stammen aus den ersten Lebensjahren des Patienten. Damals waren sie real, sie wurden aus dem Bewußtsein verdrängt, der Kritik und der Beeinflussung durch das Ich entzogen. Gelingt es in der Analyse, sie bewußt zu machen und lange Zeit durchzuarbeiten, so verlieren sie ihre angsterregende Wirkung.

Das Vorhandensein der Vagina ist dem Knaben zunächst unbekannt, ihre Entdeckung bedeutet, sobald sie zur Kenntnis genommen wird, immer eine peinlich-angstvolle Überraschung. „Damit ist auch der eigene Penisverlust vorstellbar geworden, die Kastrationsdrohung gelangt nachträglich zur Wirkung." (Freud, Ges. Schr., Bd. V, S. 425.)

Die Gruppierung der Angst vor der Vagina erfolgt am besten im Zu-

sammenhang mit den Entwicklungsphasen: In der phallischen Phase fürchtet das männliche Kind den Verlust seines Penis, die Vagina wirkt als kastriertes Organ, als Mahnung und Zeichen der vollzogenen Strafe. Die Intensität dieser Wirkung wird erklärt durch die Tatsache, daß das Kind in diesem Zeitpunkte bereits eine Reihe von ähnlichen Strafen an seinem eigenen Körper hat erdulden müssen, auf der analen Stufe die Abtrennung des Darminhaltes, auf der oralen die Brustentziehung, möglicherweise wirkt auf der embryonalen im gleichen Sinne die Ausstoßung aus dem Mutterleib und die Durchtrennung der Nabelschnur. So bedeutet die Vagina, auf die anale Stufe bezogen, wieder ein kastriertes (seines Darminhaltes beraubtes) Organ, auf der oralen Stufe dagegen den Mund, dem die Brust entzogen wurde,[27] auf der embryonalen hypothetischerweise die Mutter, die das Kind ausgestoßen hat.

Die Vagina ist aber nicht nur ein kastriertes, sondern auch kastrierendes Organ. Die Loslösung vom Mutterleib war mit unangenehmen Sensationen verknüpft, der eigene Mastdarm hat zögernd und ungerne seinen Inhalt preisgegeben, der Mund wollte auf die Brust nicht verzichten; der rohen Gewalt mußte das Kind weichen, aber die Feindseligkeit und der Wunsch auf Wiederherstellung ist geblieben.

Schematisch dargestellt ergäbe dies folgende Bedeutungen der Vagina für das Unbewußte des Knaben:

Phallische Stufe:	Kastriertes Organ:	Das Fehlen des Penis wirkt als Zeichen und Beweis für die Realität der Kastrationsdrohung.
	Kastrierendes Organ:	An Stelle des fehlenden Penis wird die Vagina den eigenen Penis rauben.
Anale Stufe:	Kastriertes Organ:	Unbewußte Erinnerung an den eigenen des Darminhaltes beraubten Anus.
	Kastrierendes Organ:	Unbewußte Erinnerung an die eigene Aggression bei der Abwehr der Abtrennung des Darminhalts.
Orale Stufe:	Kastriertes Organ:	Erinnerung an den eigenen Mund, dem die Brust entzogen wurde.

27) In Ferenczis „Versuch einer Genitaltheorie" wird die Vermutung ausgesprochen, daß das strenge Verbot der Juden, „Fleischiges" und „Milchiges" gleichzeitig zu essen, nur eine Einrichtung sei, die die Entwöhnung sichern soll. (S. 30.)

Kastrierendes Organ: Erinnerung an die Aggression des Mundes vor und während der Entwöhnung.[28]

Diese Gefahren würden wohl ausreichen, um eine endgültige Abwendung von der Vagina zu erzielen, wenn im Patienten selbst nicht eine Tendenz wäre, die ihn immer wieder in Berührung mit der Gefahr bringen würde. Diese Tendenz, bezw. dieser Trieb hat auf der genitalen Stufe ein aktives Triebziel: Eindringen des Penis und Ausstoßung des Samens in die Körperhöhle der Frau. Auf der analen und oralen Stufe ist das Triebziel vorwiegend passiv: Aufnahme der Kotstange und der Mutterbrust.

Für eine Reihe von Menschen gibt es in dieser Situation nur einen Ausweg, das ist die Flucht in die Neurose. Sie setzt die Patienten in die Lage, mit relativ wenig Angst weiterzuleben, allerdings muß dafür ein hoher Preis bezahlt werden, der sich im Verzicht auf die Genüsse der Realität äußert.

Es ist ein Problem, wie der Gesunde den oben geschilderten Gefahrsituationen begegnet, die sich zwangsläufig im Laufe der Entwicklung ergeben, ohne die Flucht in die Neurose zu ergreifen. Der Gesunde kann ohne Angst an die Befriedigung seines Triebes schreiten. Er kann es tun, weil er zum Unterschiede vom Neurotiker alle Entwicklungsstufen passiert hat, ohne daß Fixierungen oder Regressionen stattgefunden haben. Deshalb sind die überwundenen Gefahrsituationen nur in quantitativ schwachem Ausmaße vorhanden. Wenn diese Behauptung stimmt, müßten wir auch beim Gesunden eine allerdings schwächere Angst vor der Frau finden. Karen Horney, die als erste in der analytischen Literatur das Problem aufgezeigt hat, zitiert Groddeck („Natürlich hat der Mann Angst vor der Frau"), und meint, daß es eigentlich merkwürdig ist, daß diese Angst so wenig erkannt und beachtet wurde. In ihrer Arbeit „Die Angst vor der Frau" sucht sie zunächst das Vorhandensein dieser Angst zu beweisen. Sie findet sie in der Kunst, in der Wissenschaft, in der Kultur und Religion und schließlich auch in allen Analysen ihrer männlichen Patienten. Wir stimmen bezüglich der Tatsache der Angst vor der Frau mit Horney überein und sind der Ansicht, daß das vorgebrachte Material

28) Wollte man bis auf die embryonale Stufe zurückgehen, ergäbe dies folgende Ergänzung der unbewußten Bedeutung der Vagina:

Embryonale Stufe: Kastriertes Organ: Unbewußte Erinnerung an die Mutter, die das Kind ausgestoßen hat.
Kastrierendes Organ: Erinnerung an die unlustvollen Sensationen während der Geburt.

noch einer eingehenden Erweiterung bedarf. Dagegen können wir uns den zweiten Teil der Arbeit, in dem die Erklärung dieser Tatbestände versucht wird, nicht zu eigen machen. Die dort angegebene Formulierung: „Die ursprüngliche Angst des Mannes vor dem Weibe ist keine Kastrationsangst, sondern eine Reaktion auf die Bedrohung seines Selbstgefühls", erscheint uns vom analytischen Gesichtspunkte nicht haltbar. Selbstverständlich finden wir in unseren Analysen Angstinhalte, wie sie Horney aufzeigt („Der Knabe dagegen, der fühlt oder instinktiv abschätzt, daß sein Penis viel zu klein ist für das mütterliche Genitale, reagiert mit Angst, nicht zu genügen, abgewiesen, ausgelacht zu werden"), doch glauben wir nicht, daß dies die letzten entscheidenden Gründe seines Verhaltens sein können. Wir meinen, daß diese zum Teil im Kastrationskomplex, zum Teil im Mammakomplex zu finden sind. Wir sind der Ansicht, daß die Angst vor der Frau beim Gesunden dieselben Gründe hat wie beim Neurotiker,[29] daß sie aber quantitativ geringer ist und

29) C. D. Daly bringt in seiner ausgezeichneten Arbeit: „Hindu-Mythologie und Kastrationskomplex" eine Reihe interessanter Beobachtungen. Es ergeben sich Zweifel an der Behauptung Dalys, daß die Charakterzüge der Hindu fast ausschließlich dem analen Reaktionstypus angehören. Gerade auf Grund seiner Arbeit kann vermutet werden, daß die orale Komponente mindestens genau so wichtig ist. Eine Reihe von Gebräuchen beweisen, daß die Hindus von einem sehr heftigen, unbewußten Haß gegen die Frau beherrscht werden: „a) Mädchenmord; b) Sati. Die Sitte, nach welcher die Weiber der Hindu sich selbst auf dem Begräbnishaufen ihrer Männer opfern müssen; c) Johur. Eine Sitte, nach der die Hindu bei Kriegen der Stämme untereinander eher ihre Weiber selbst opfern, als sie Gefahr laufen zu lassen, durch den Feind befleckt zu werden." (S. 9.) Die andere Seite dieses Hasses ist die große Verehrung der Kuh als eines heiligen Tieres, das nicht getötet werden darf, und der Göttin des Schreckens und der Zerstörung Kali. Es handelt sich hier um eine Muttergottheit, die, nach einer in „Totem und Tabu" geäußerten Vermutung Freuds, vielleicht allgemein den Vatergottheiten vorangegangen ist. Man könnte die Vermutung vertreten, daß dieser große Haß und die Angst vor der Frau ähnlich dem Haß und der Angst unserer Patienten aufgebaut sind, also in Zusammenhang mit der oralen Stufe zu bringen wären. Folgende Stellen der Arbeit Dalys sprechen für diese Vermutung. Im Mythos vom Knaben Vicha-Rasarman heißt es: „Der Knabe gießt Milch auf das Symbol des Siwa." Vielleicht dürfen wir dies als Bestätigung ansehen für die Übertragung früherer Libidobefriedigung von der Brustwarze zum Penis ... „Die Ohren können so entweder den Anus oder die Vagina symbolisieren im Sinne der Verschiebung von unten nach oben, obwohl der Mund noch öfters Symbol der Vagina ist." (S. 33) ... „In der hinduistischen Mythologie wird das Kuheuter oft als Leben enthaltend dargestellt, das sich a) auf die assoziative Verbindung zwischen Milch, Samen und Urin bezieht, b) auf die Tatsache, daß beide einem hervortretenden Körperteil entspringen, c) auf die Kuh als Symbol der Frau mit dem Penis, d) auf die natürliche Assoziation von Euter und Brustwarze." (S. 35.)

Vielleicht kann man in diesem Zusammenhang ganz allgemein auf die lebensverneinende und die Triebunterdrückung erstrebende Einstellung der Hindu hinweisen. Die Neigung zum Hungerstreik, wie sie in letzter Zeit als Waffe gegen den Fremden bei Vertretern dieses

den befriedigenden Koitus nicht verhindert. Die Angst ist geringer, weil die Libido des Gesunden die Entwicklungsstufen ohne größere Fixierungen passiert hat und weil keine Regressionen stattgefunden haben. Doch wird diese geringe Angst nicht ohne weiteres vom Gesunden überwunden. Da wir über kein entsprechendes Material (Analysen Gesunder) verfügen, können wir auf dieses Problem nur hinweisen. Die Beobachtungen an nicht analysierten Gesunden gestatten die Vermutung, daß auch hier Angst vor der Frau vorhanden ist und daß erst der gelungene Koitus, offenbar dadurch, daß damit die gefürchtete Situation aufgesucht und ohne Schaden verlassen wurde, diese Angst löst. Ferenczi (Versuch einer Genitaltheorie, S. 43) sagt:

„... man könnte meinen, daß der Geschlechtsakt als Tendenz zur vollen Loslösung des Genitales, also als eine Art Selbstkastrationsakt beginnt, dann aber sich mit der Loslösung des Sekretes begnügt."

Der gesunde Mann hat die genitale Stufe erreicht, hier bedeutet Vagina nur ein Organ, das seinen Samen aufnimmt. Im Koitus gelingt es endlich dem Mann, in der Identifizierung mit der phallischen Mutter, durch aktive Reproduktion des passiv Erlebten das Entwöhnungstrauma psychisch zu bewältigen, wobei er die Frau zum Kinde macht. Durch Verzicht auf den Samen hat er sozusagen den Penis gerettet. Hier hat der vom Todestrieb stammende Anteil des Triebgemisches bereits eine so weitgehende Änderung erfahren, daß seine Befriedigung ohne Gefahr für das Individuum stattfinden kann. Nur der Neurotiker glaubt, daß der Samenverlust schädlich ist, weil er an der Identität von Penis und Samen festhält.

C. Der Penisstolz des Knaben.

Die psychoanalytische Auffassung des Penisstolzes beim Knaben besagt, daß der Knabe narzißtisch seinen Penis mit Libido besetzt und mit Verachtung auf die penislosen, das heißt kastrierten Mädchen herabsieht, wobei im Penisstolz die Elemente der Abwehr der Kastrationsangst mitenthalten sind. Freud (Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds. Ges. Schr., Bd. XI, S. 12) formuliert:

„Ein interessanter Gegensatz im Verhalten beider Geschlechter: Im analogen Falle, wenn der kleine Knabe die Genitalgegend des Mädchens zuerst erblickt, be-

Volkes beobachtet werden konnte, scheint ebenfalls dazuzugehören. Die Einrichtung des Menstruationstabus, das nach Ansicht von Daly, mit der wir übereinstimmen, durch den Mann aufgerichtet und der Frau aufgezwungen wurde, scheint uns der Ausdruck des Hasses und der Angst zu sein, die der oralen Stufe angehören.

Wir erinnern an die Stelle im täglichen Morgengebet der Juden, in dem der Gläubige seinem Schöpfer dafür dankt, daß er ihn nicht als Frau geschaffen hat.

nimmt er sich unschlüssig, zunächst wenig interessiert; er sieht nichts oder er verleugnet seine Wahrnehmung, schwächt sie ab, sucht nach Auskünften, um sie mit seiner Erwartung in Einklang zu bringen. Erst später, wenn eine Kastrationsdrohung auf ihn Einfluß genommen hat, wird diese Beobachtung für ihn bedeutungsvoll werden; ihre Erinnerung oder Erneuerung regt einen fürchterlichen Affektsturm in ihm an und unterwirft ihn dem Glauben an die Wirksamkeit der bisher verlachten Androhung. Zwei Reaktionen werden aus diesem Zusammentreffen hervorgehen, die sich fixieren können und dann jede einzelne oder zusammen mit anderen Momenten sein Verhältnis zum Weibe dauernd bestimmen werden: Abscheu vor dem verstümmelten Geschöpf oder triumphierende Geringschätzung desselben."

Nun meinen wir, daß der Penisstolz, den man bei jedem Mann konstatieren kann, selbst schon sekundär und kompensatorischer Natur ist: der erste Penis, der dem Knaben geraubt wurde, war die Mutterbrust. Der Knabe entdeckt im eigenen Penis einen Ersatz für die Mutterbrust und wiederholt nun aktiv, was er an der Mutterbrust passiv erlebte. Die Ursache dieser Wiederholung ist der unbewußte Wiederholungszwang zum Zwecke der psychischen Bewältigung des Entwöhnungstraumas. Die Frage, ob diese Überleitung erfolgt oder unterbleibt, ob also der Penis als vollwertiger Ersatz der Mutterbrust akzeptiert wird, ist von weitesttragender Bedeutung.[30]

Die Lust am Urinstrahl, das Demonstrieren und Betasten des Penis, all das, was sich im erweiterten Sinne um den Penisstolz gruppiert, ist letzten Endes für den Knaben die Bestätigung der Tatsache: Ich habe die Mutterbrust (= mütterlicher Phallus) nicht verloren, habe im Penis selbst eine.[31] Die Abwehr des penislosen Weibes ist somit nicht nur Abwehr der Kastrationsangst des Knaben auf der phallischen Stufe, sie erhält die entscheidenden Elemente vom Mammakomplex. Es wäre zu untersuchen, ob nicht vieles von dem, was in der analytischen Literatur unter der Marke „Sich nicht-abfinden-können mit der Penislosigkeit der Frau" figuriert, zutiefst auf den Mammakomplex zurückgeht. Dabei meinen wir nicht ein vages „Gefärbtsein" (Fenichel) im historischen Sinne — wie etwa die für uns heute bedeutungslose Tatsache, daß vor den Habsburgern die Babenberger regierten —, sondern vertreten die Ansicht, daß

30) Nach Abschluß dieser Arbeit finden wir in der vor kurzem erschienenen „Neuen Folge der Vorlesungen" Freuds folgende Stelle, die wir als Beleg für unsere Annahme verwenden zu dürfen glauben: „Ein großes Stück Analerotik wird so in Penisbesetzung übergeführt, aber das Interesse an diesem Körperteil hat außer der analerotischen eine vielleicht noch mächtigere orale Wurzel, denn nach der Einstellung des Saugens erbt der Penis auch von der Brustwarze des mütterlichen Organs." (S. 139.)

31) Man könnte auch sagen: Im Penisstolz des Knaben sind Elemente der Verleugnung des Mammaverlustes enthalten.

das Erledigen des Mammakomplexes auf dem oben geschilderten Wege die erste Voraussetzung psychischer Gesundheit für den Mann darstellt. Denkt man diesen Gedanken durch, so gelangt man zum Resultat, daß die Stärke der Kastrationsangst zu wichtigen Teilen auch von der präödipalen Mutterbindung abhängt, respektive von der Tatsache, ob der Penis als voller Ersatz der Mamma (mütterlicher Penis) akzeptiert wurde oder nicht.

Der Penisneid des Mädchens entstünde nach dieser Auffassung dadurch, daß das kleine Mädchen am eigenen Körper keinen Penis als Mammaersatz vorfindet, respektive nur eine „verstümmelte" Klitoris. Es wäre eine müßige Doktorfrage, wie sich der Penisneid des Mädchens entwickeln würde, wenn es die vollausgebildeten Brüste nicht erst im Pubertätsalter bekäme.

Es ist interessant, daß Karen Horney, die seit zehn Jahren gegen das Primat des Penis für den weiblichen Kastrationskomplex ankämpft, die entscheidende Wichtigkeit des Mammakomplexes entgangen ist und daß die Autorin höchst unbestimmt vom Neid des Knaben auf die Frau spricht und offenbar annimmt, daß der Knabe der Frau alles, aber auch alles neide. Das Hauptargument Horneys besteht darin, daß ein bewußtseinsnaher Penisneid beim Mädchen dazu dient, den verdrängten Ödipuskomplex abzuwehren. Freud hat den präödipalen Penisneid beschrieben, der rein narzißtisch ist und den weiblichen Ödipuskomplex erst einleitet und ermöglicht, während Horney die Verwendung des Penisneides im Dienste der Abwehr meint. Unsere Annahme bezieht sich auf die Vorgeschichte des präödipalen Penisneides.

Vom Standpunkt des Mammakomplexes aus gesehen, erhält der Ausspruch Freuds, „Er (der Knabe) benimmt sich, als ob ihm vorschwebte, daß dieses Glied größer sein könnte und sollte", eine weitere Fundierung: es handelt sich um den Vergleich des Penis des Knaben mit der als Riesenpenis empfundenen Mutterbrust. Es ist auch klar, weshalb in Phantasien, Träumen und neurotischen Ängsten so häufig die Frau mit dem Penis (als phallische Mutter) und als Kastratorin erscheint und immer wieder zutiefst die Mutter für den Penismangel, respektive die Kleinheit des Penis verantwortlich gemacht wird. Daraus ergibt sich auch, weshalb der Haß der am Mammakomplex Fixierten in tiefster Schicht immer wieder der Mutter gilt: sie hat durch die Brustentziehung kastriert, das heißt „enttäuscht". Deshalb fällt auch die ganze Entwicklung des Ödipuskomplexes viel schwächer aus: die „Restanzen" aus dem Mammakomplex lassen den Ödipuskomplex sich nicht voll entfalten.

Zusammenfassung.

1. Für die Gesamtheit der Reaktionen, die als Folge der Brustentwöhnung in der Psyche entstehen, wird die Bezeichnung „Mammakomplex" vorgeschlagen.

2. Bei einer Gruppe von Patienten (es werden in dieser Arbeit lediglich Männer untersucht) ist der Mammakomplex quantitativ stärker ausgebildet. Diese Patienten zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus:

a) Intensiver Haß gegen die Mutter.

b) Orale Charakterzüge (z. B. Gier nach Essen, Lutschen, Saugen, Beißen, Trinken, respektive Reaktionen und Kompensationen) mit hypothetischer oraler Triebkonstitution.

c) Der Haß gegen den Vater fällt quantitativ schwächer aus.

d) Das Interesse für die Brust ist verdrängt.

e) Erhöhter sekundärer Narzißmus.

f) Erhöhte Neigung zur Identifizierung.

3. Besprechung der Folgen der Brustentziehung. Aufstellung der Theorie, derzufolge das männliche Kind im eigenen Penis einen Ersatz für die vermißte Mutterbrust findet und als Wiederholungszwang wie im kindlichen Spiel aktiv wiederholt, was es passiv erlebt hat. An Stelle der passiven Aufnahme der Muttermilch ist das Kind durch die psychische Besitzergreifung des Penis zum aktiven Spender von Urin (Urin = Milch) geworden; der Zweck dieser Wiederholung ist das psychische Bewältigen des Entwöhnungstraumas und Aufrechterhalten der gefährdeten kindlichen Allmacht.

4. „Untergang" des Mammakomplexes: Normalerweise muß der Penis vom Unbewußten als Penis perzipiert werden, wenn er auch psychologisch-genetisch die Mutterbrust darstellt. Bei den am Mammakomplex fixierten oder zu ihm regredierten Männern behält der Penis die Bedeutung der Brust und begnügt sich nicht mit der psychologisch-genetischen Bedeutung, oder wird durch ein Symptom ersetzt, oder das Festhalten an der phallischen Mutterbrust äußert sich in einer Perversion. Die Vagina muß normalerweise ein Aufnahmeorgan für Glied und Samen sein, wenn sie auch psychologisch-genetisch den Mund darstellt. Bei den am Mammakomplex fixierten oder zu ihm regredierenden Männern wird die Vagina nicht nur in psychologisch-genetischer Hinsicht als Mund aufgefaßt, sondern wirklich als Mund, der unbewußt an die eigenen aggressiven Impulse gegen die Mutterbrust erinnert (wobei die daraus resultierende Angst entweder bewußt ist oder hinter einem scheinbaren Desinteressement verborgen bleibt), oder die Vagina birgt einen supponierten weiblichen Penis.

5. Kritik der bisherigen Verwendung der Begriffe „Aktiv-Passiv" und Vorschlag einer exakten Definition im Sinne: aktiv = geben, passiv = aufnehmen.

6. Die Angst vor der Frau wird unter anderem auf das Trauma der Brustentwöhnung zurückgeführt.

7. Aufzeigen der sekundär-kompensatorischen Momente beim Penisstolz des Knaben und Zurückführen derselben auf den Mammakomplex.

8. Darstellung dreier Krankengeschichten als Paradigmen, in welchen ein Typus von Homosexualität und ein Typus des Schreibkrampfes auf den Mammakomplex zurückgeführt werden (unter besonderer Berücksichtigung der oralen Komponente des Bettnässertums), an einem dritten Falle von Pseudodebilität wird der Mammakomplex als pathognomisch für die Pseudodebilität angenommen. — Der therapeutische Effekt trat in allen drei Fällen erst nach Durcharbeitung des Mammakomplexes ein.

Über den hysterischen Anfall

Von

M. Wulff

Tel-Aviv

Die Bewegungssprache.

Über den psychologischen Inhalt der hysterischen Anfälle hat uns Freud schon vor Jahren Aufklärung gegeben. Er hat bewiesen, daß diese Anfälle „nichts anderes sind, als ins Motorische übersetzte, auf die Motilität projizierte, pantomimisch dargestellte Phantasien".[1] Bei der Analyse solcher Anfälle kann man leicht feststellen, daß neben den Phantasien nicht selten auch wirkliche, wenn auch oft phantastisch ausgeschmückte Erlebnisse im Anfall motorisch zum Ausdruck kommen, wiederholt und agiert werden. Dafür spricht nicht nur das allerdings dem Inhalt nach ziemlich unzuverlässige, aber dem subjektiven Gefühl nach oft durchaus sichere Erinnern und Erkennen des im Anfall Erlebten durch den Patienten, wenn man den Vorgang des Anfalls deutet und analysiert, sondern auch die Tatsache, daß die Patienten während der Deutungsarbeit und auch später sich an viele weitere, im Anfall nicht wiederholte oder nicht angedeutete Details des Milieus, der Kleidung usw. erinnern können. Manchmal können nach einem Anfall ganze Perioden im Leben des Kranken, die bis dahin der Amnesie verfallen waren und im Anfall zuerst aufgerollt oder berührt wurden, schon im normalen Zustand mit einer erstaunlichen Genauigkeit, Klarheit und Deutlichkeit in der Erinnerung wieder auftauchen. Übrigens ist auch Kräpelin der Ansicht, daß es „vielfach wirkliche Vorkommnisse sind, die sich mit allen Einzelheiten in der Einbildung des Kranken wiederholen". Damit ist aber noch nicht das Phänomen selbst erklärt, weder das für den Anfall typische motorische Darstellen, noch die pantomimische Art der Darstellung.

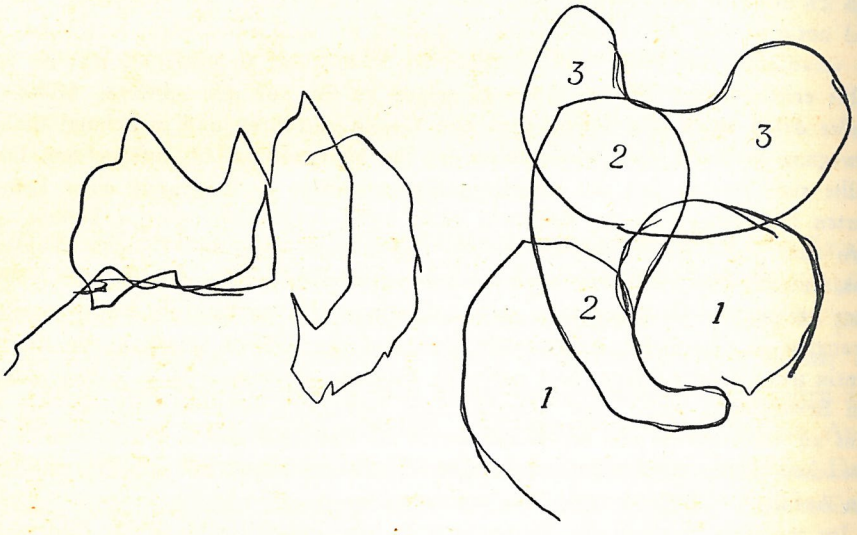
1) S. Freud: Allgemeines über den hysterischen Anfall. Ges. Schr., Bd. V, S. 255.

Eine in psychoanalytischer Behandlung stehende Patientin (A) teilt mir mit, daß sie vor Jahren während einer hypnotischen Behandlung eigenartige Zustände bekommen hatte,[2] in denen sie Bestimmtes erlebte, merkwürdige Bewegungen dabei ausführte, nachher aber nichts von dem Erlebten wußte. Eines Tages, während der analytischen Stunde, hört sie plötzlich auf zu reden, bleibt eine kurze Zeit ganz ruhig und unbeweglich liegen; ihre Augen schließen sich, sie schläft scheinbar ein und — nach einigen Minuten — bekommt sie einen Anfall, in dem sie in charakteristischer Weise pantomimisch ein Erlebnis vorführt. Dem folgte eine lange Reihe von ähnlichen Anfällen, die täglich in der Stunde auftraten. Die weitere Analyse bestand im Bewußtmachen des Inhaltes dieser Anfälle. Das geschah zu Anfang so, daß ich mir jede Bewegung, Geste, Äußerung der Patientin nach Möglichkeit merkte und notierte und sofort nach dem Erwachen ihr das Beobachtete schilderte, und sie veranlaßte, mit Hilfe von Einfällen zu deuten und zu erklären, was sie wohl dabei erlebt haben könnte. Anfangs gelang es ihr nur mit schwerer Mühe. Sie mußte dabei selbst alle Bewegungen und Gesten ausführen und manchmal dieselbe Bewegung mehrere Male wiederholen, bis ihr Sinn und Inhalt auftauchten. Dabei stellte sich heraus, daß die einmal in Gang gesetzte Teilbewegung einer komplizierten Handlung von der Patientin nicht mehr aufgehalten werden konnte, sondern aufs genaueste wiederholt werden mußte und selbst der Versuch unmöglich war, mit Absicht die Bewegung irgendwie willkürlich zu beeinflussen, sie im Sinne einer vermuteten Deutung oder sonst zu ändern. Die Bewegungen behielten diesen zwanghaften Charakter, solange der Sinn und die richtige Deutung von der Patientin nicht erfaßt waren. Erst nach der richtigen Deutung fiel das Zwanghafte in den Bewegungen weg. Diese Fähigkeit, die Bewegung bei Erhaltung des Bewußtseins zu wiederholen und zu deuten, hatte die Patientin aber nur gleich nach dem Erwachen. Dann schwand die Fähigkeit schnell, zusammen mit der Erinnerung an den Anfall, wenn dieser nicht analysiert wurde.

Im weiteren Verlauf der Behandlung änderte sich allmählich das Bild. Schon nach einigen analytischen Sitzungen begann die Patientin w ä h r e n d d e s A g i e r e n s auch zu sprechen, die pantomimische Vorstellung verwandelte sich allmählich in eine dramatische und zu gleicher Zeit verlor die Bewußtseinstrübung immer mehr an Tiefe; Patientin wachte schon bei leichten Geräuschen auf, schlief aber gleich wieder ein. Es hat sich also gezeigt, daß die Bewußtseinsveränderung um so tiefer ist, je mehr bloße Bewegungen ohne Sprache in den Vordergrund treten. Außerdem waren die ausgeführten Gesten und Bewegungen nicht nur Wiederholungen von schon früher einmal ausgeführten Handlungen, sondern sie wurden eine richtige symbolische Gestensprache, in der auch Gegenstände und Ereignisse geschildert werden konnten. So führte die Patientin z. B. in einem Anfall wiederholt sonderbare Bewegungen mit beiden Händen aus, als ob sie einen runden Gegenstand umfassen und ihn in die Länge ziehen wollte. Die Deutung dieser Bewegung machte zuerst große Schwierigkeiten, und gelang erst, nachdem der Patientin

2) Es stellte sich nachher heraus, daß diese Angabe ergänzungsbedürftig war, indem nämlich Patientin schon im Alter von 8 bis 10 Jahren hypnoide Zustände mit Bewußtseinstrübung gehabt hat.

eine Zeichnung einfiel, die sie seit Jahren immer zwanghaft zu machen pflegte, wenn sie allein im Zimmer war und Papier und Bleistift in die Hand bekam. Sie skizzierte sofort die Zeichnung und dann fiel ihr auch der Sinn des Gezeichneten ein und zugleich auch der Sinn der Handbewegungen im Anfall. In diesem Anfall handelte es sich um ein (wirkliches oder teilweise phantasiertes?) Erlebnis in einem Pferdestall. Patientin, damals 4 bis 5 Jahre alt, beobachtete ganz in der Nähe das Urinieren eines Hengstes und war dabei von der Größe seiner Hoden und seines Penis überrascht. Die Bewegung der Hände im Anfall ebenso wie die Zeichnung stellten die Genitalien des Hengstes dar. (Siehe nachstehende Zeichnung.)



Ein anderes Mal kündigte sich z. B. das Auftauchen einer Erinnerung an einen Frosch im Anfall durch eine zwanghaft angenommene sonderbare Stellung der Hand an, die in einer merkwürdig charakteristischen Weise die Froschpfote nachahmte. Nach dem Anfall aber konnte Patientin mit aller Mühe die eigenartige Stellung der Hand nicht wieder herstellen.

Mit welcher mathematischen Genauigkeit die Bewegungen dabei wiederholt werden, soll der folgende Fall zeigen:

Eine andere Patientin (B) legte sich im hysterischen Anfall im „anderen" Bw-Zustand auf den Bauch und führte mit der rechten Hand Bewegungen aus, als ob sie schreiben würde. Ich lege ihr ein Blatt Papier vor, sie nimmt es aber sichtlich nicht wahr. Ich muß die Hand direkt auf das Papier hinlegen, dann schreibt sie richtig eine Zeile nach der anderen, bis das Blatt zu Ende geschrieben war, fährt aber mit den Schreibbewegungen weiter fort. Ich muß das Blatt schnell umwenden und ihre Hand wieder auf das Papier legen — dann schreibt sie wieder richtig. Aus dem Inhalt des Geschriebenen war zu ersehen, daß inzwischen einige Worte ausgefallen waren, es war eine Lücke im Zusammenhang entstanden, während ich das Papier

umgewendet hatte. So schrieb sie eine Zeitlang Tag für Tag und stellte auf diese Weise ein vor Jahren geschriebenes Tagebuch wieder her. Leider ist das Original inzwischen verlorengegangen, so daß der Vergleich unmöglich war. Die Handschrift war dabei die gewöhnliche Handschrift eines erwachsenen intelligenten Mädchens. Aber eines Tages gab sie im Tagebuch, in einem Zusammenhang mit den damaligen Ereignissen, einen Brief wieder, den sie noch als Kind von fünf Jahren geschrieben hatte. Im Augenblick veränderte sich die Handschrift, wurde unbeholfen, die Buchstaben groß und mit sichtbarer Mühe ausgeführt, wie bei einem kleinen Kinde, das eben zu schreiben anfängt.

Wie man sieht, ist es eine wirkliche „Bewegungssprache", in der die pantomimische Darstellung im hysterischen Anfall ausgeführt wird. Anderseits liegt es nahe, diese pantomimischen Aufführungen mit dem uns aus der Psychoanalyse wohlbekannten „Agieren statt Erinnern" zu vergleichen, ja beides als dasselbe anzusehen. Der hysterische Anfall ist somit ein extremer Fall eines solchen Agierens. Aber nicht in jedem Fall von „Agieren statt Erinnern" muß es zu der extremen Form des hysterischen Anfalls mit Bewußtseinsverlust oder -trübung kommen, es kann sich — wie wir aus der Analyse wissen — auf Handlungen bei vollem Bewußtsein beschränken, die aus unbewußten Motiven geschehen und dann rationalisiert oder aber vom Bewußtsein ignoriert werden. Daß ein ähnlicher Vorgang sogar tief ins normale Seelenleben vordringen und in Form von Symbol- oder Fehlhandlung ausgeführt werden kann, soll die folgende Beobachtung zeigen:

Eine junge Frau wacht früh am Morgen auf, kurz darauf kommt ihr sechsjähriges Töchterchen ins Schlafzimmer und legt sich zu ihr ins Bett. Sie schlafen dann beide wieder ein. Eine Stunde später wird die Frau durch das Klingeln eines Lieferanten an der Haustür geweckt. Sie muß für einen Augenblick aufstehen und wird durch häusliche Angelegenheiten abgelenkt. Als sie sich nachher an den Traum erinnern will, den sie eben kurz vor dem Erwachen gehabt hatte, ist er aus ihrem Gedächtnis ganz entschwunden. Nachdenkend bleibt sie im Bett liegen und plötzlich ertappt sie sich bei einer sonderbaren Bewegung: sie streift mit der Hand leise die Oberschenkel des neben ihr schlafenden Kindes, und bemerkt die Bewegung des Armes erst im Augenblick, als dieser die Genitalien des Kindes berührt. Sofort erinnert sie dabei auch den vergessenen Traum: sie hat nämlich im Traum dieselbe Bewegung am Schenkel ihres zu jener Zeit verreisten Mannes ausgeführt und seinen Penis in die Hand genommen.

Der psychische Vorgang ist hier derselbe wie beim Agieren im hysterischen Anfall und in der üblichen psychoanalytischen Behandlung: Das Verdrängte, das nicht erinnert werden kann, setzt sich in Bewegung um.

F r e u d hat die enge Verbindung zwischen dem System Bw und der Motorik besonders unterstrichen und auf die psychologische und biologische Bedeutung der Überwachung der Motorik durch das Bewußtsein hingewiesen.

Aber gerade diese Beziehung zwischen der Motilität und dem System muß gelöst werden, damit die motorische Ausdrucksweise und die „motorische Sprache" zum Vorschein kommen. Hier scheint der Kern des Problems zu liegen.

Eine russische Ärztin, Tatjana Simson, hat neuerdings darauf hingewiesen, daß motorische Reaktionen, ähnlich wie im hysterischen Anfall, in der frühesten Kindheit gar nicht selten sind: „Im Säuglingsalter und überhaupt im Kindesalter besitzen die Kinder im großen Ausmaß die Tendenz, auf äußere Reize mit hysterischen Erscheinungen zu reagieren. Besonders charakteristisch, ungemein verbreitet, in einem gewissen Stadium der Entwicklung des Kindes fast unausbleiblich ist das Symptom der primitiven motorischen Reaktion des Protestes. Wird einem Kind ein Wunsch nicht erfüllt, so wirft es sich — um seinen Willen durchzusetzen — auf den Fußboden, schlägt chaotisch mit Händen und Füßen um sich herum, schreit, zappelt, weint usw. In diesem ‚motorischen Sturm' des Protestes können wir den Prototyp des zukünftigen hysterischen Anfalls beim Erwachsenen sehen. Übrigens, auch im Säuglingsalter nehmen diese ungeordneten motorischen Protestäußerungen manchmal bestimmte klare Formen an. So z. B. Julia B., 1 Jahr 5 Monate alt: wenn sie unzufrieden ist, ‚fällt sie um', ‚beugt sich im Bogen vor' *(Arc de Cercle)*, ‚macht Bewegungen, als ob sie schwimme' ... Manchmal treten bei Kindern die hysterischen Anfälle in der Nacht auf. Bei Lida K., 2 Jahre und 2 Monate alt, waren bei hoher Temperatur während einer Grippe folgende Erscheinungen zu beobachten: ‚Sie schreit, die Pupillen sind erweitert, sie beugt sich im Bogen, indem sie nur mit dem Hinterkopf und den Fersen das Bett berührt, spricht dabei, bittet um Essen und Trinken, dann fängt sie plötzlich an, alle zu überfallen, um sich zu schlagen.' Der Anfall dauerte eine volle Stunde."

Auch „Prodromalsymptome" wurden beobachtet, z. B. lautes Lachen: Walja, 1 Jahr, 9 Tage alt, „lacht vor dem Anfall laut auf, das Lachen ist rauh, grob, wie bei einem erwachsenen Mann. So lacht sie anfallsweise dreimal auf und beugt sich dann im Bogen aus" *(Arc de Cercle)*. Simson macht dabei die Bemerkung, daß die verschiedensten monosymptomatischen hysterischen Erscheinungen im frühesten Kindesalter „buchstäblich bei allen Kindern ohne Ausnahme" beobachtet werden können und daß „in der Mehrzahl der Fälle die hysterischen Symptome bei Kindern im Alter von 1½ bis 4 Jahren auftreten".

Bei diesem Sachverhalt scheint mir die Frage berechtigt zu sein, ob man

Erscheinungen, die bei allen Kindern im Alter von 1½ bis 4 Jahren ausnahmslos auftreten können, noch als hysterische Reaktionen, als Hysterie, bezeichnen kann. Es ist vielmehr wohl richtiger, diese Reaktionen im zarten Kindesalter als zur Norm gehörende, dem Entwicklungszustand entsprechende Ausdrucksweisen zu betrachten. Die motorische Gebärdensprache (des hysterischen Anfalls) gehört anscheinend zum normalen Bestand der Reaktionsweisen des frühesten Kindesalters. Erst die weitere Entwicklung bringt es mit sich, daß das Kind seine Motorik immer mehr einschränken und beherrschen lernt. Das geschieht in der Weise, daß bei ihm mit der Zeit verschiedene Hemmungen zur Ausbildung gelangen, die die ursprünglich vorhandene Fähigkeit zu Irradiationen seiner Erregungen einschränken. Die Ausbreitung der motorischen Reaktionen bis zu dem von Dr. Simson beschriebenen chaotischen Motilitätssturm wird dadurch verhindert und ihre Einschränkungen auf das minimale Maß der notwendigen zielgerechten Handlung auch bei größter Erregung sichergestellt. Die Hemmungen, die die Handlungen überwachen und regulieren, obliegen mit verschiedenen Anteilen den psychischen Systemen Ubw, Vbw und Wbw. Ihre Entwicklung und Scheidung ist bekanntlich gleichzeitig mit der Ausbildung und Gliederung der Struktur der Persönlichkeit als Es, Ich und Über-Ich gerade im vierten Lebensjahr (der von Dr. Simson angegebenen Altersgrenze) lebhaft im Gange. Bis dahin aber ist das Agieren, die motorische Reaktion, die Gebärdensprache, die hauptsächliche Abfuhrmöglichkeit der Erregungen und Reize und die wichtigste Ausdrucksweise in den anfänglichen Objektbeziehungen des Kindes.

Das kommt am deutlichsten auf einem Gebiet zum Ausdruck, das im Seelenleben des Kindes eine besonders große Rolle spielt, nämlich im kindlichen Spiel. Das Spielen des Kindes ist eigentlich ein Agieren par excellence, im Spielen äußert das Kind seine eigensten und innigsten Gedanken, es denkt handelnd. Es genügt das wunderbare Beispiel des eineinhalbjährigen Kindes zu erwähnen, das Freud in „Jenseits des Lustprinzips" gebracht hat. Wie Freud sagt, hat das Kind im Spiel seine passive Rolle aufgegeben und sich in eine aktive gebracht, und bemerkt dazu: „Aber anderseits ist es klar genug, daß all ihr (der Kinder) Spiel unter dem Einfluß des Wunsches steht, der in dieser ihrer Zeit dominiert, des Wunsches groß zu sein und so tun zu können wie die Großen." „Sein" bedeutet eben für das Kind „tun, handeln". Besteht denn nicht die Methode der Kinderanalyse eigentlich darin, daß man das Kind im Spiel zu handeln, zu „agieren statt zu erinnern" veranlaßt und dieses Agieren, seine Handlungen zum Gegenstand einer analytischen Deutung macht? Dieses Agieren des kleinen Kindes im Spiel ist oft

ein richtiges Experimentieren, ein Versuchen und Überlegen, ein Forschen, ein Denken in Form von Handlungen, eine Art motorischen Denkens möchte man sagen. Mit dem Fortschritt der geistigen Entwicklung kann es in einsames Wachträumen übergehen.

Auch im Schlaf scheint eine dem Agieren ähnliche Art von Träumen, ausgedrückt in der „motorischen Sprache", vorzukommen. Bekanntlich besitzen manche gesunde Menschen die Eigenart, im Schlaf ziemlich komplizierte Handlungen auszuführen, ohne davon nachher im Wachzustand eine Ahnung zu haben. Simson erzählt von Beobachtungen dieser Art bei kleinen Kindern: „Nicht abreagierte Eindrücke werden allmählich in Träumen, verbunden mit komplizierten Handlungen, abreagiert. Meistens wird dabei gewissermaßen die Wiederholung eines unlustvollen Erlebnisses dargestellt. In zwei Fällen haben wir die Neigung zur Wiederholung der traumatischen Situation genau in derselben Form oder in einer veränderten Variation beobachten können: So, ein Kind von 6 Jahren, das ein schweres Trauma — das Erdbeben in der Krim — im Jahre 1927 erlebt hatte, sprang nachts vom Bett auf, machte Bewegungen, die dem Anziehen von Strümpfen und Schuhen usw. ähnlich waren, und legte sich dann wieder zurück ins Bett, um weiter ruhig zu schlafen.

Ein anderer Fall: Das Mädchen Sina K., 2 Jahre alt, wurde vom betrunkenen Hauswirt erschreckt, der in die Wohnung plötzlich eindrang, laut schrie, Geschirr zerbrach und drohte, jemanden zu morden. Einige Zeit nach dem Trauma, jede Nacht, zu der Stunde, in der das traumatische Erlebnis stattgefunden hatte, stand das Kind vom Bett auf, zitternd vor Angst und schreiend: „Da kommt P.", trat dann an den Tisch, wo der Betrunkene das Geschirr zerbrochen hatte, leckte den Tisch und bat: „Onkelchen, tu mir nichts!"

Die Patientin, von der hier hauptsächlich die Rede ist, sagte mir eines Tages nach einem Anfall: „Aber dasselbe erlebte ich schon seit vielen Jahren wiederholt nachts im Traum und dachte immer, daß ich es nur träume." Aber besonders merkwürdig ist die folgende Beobachtung bei derselben Frau:

Wiederholt hatte sie früher vorübergehend von Zeit zu Zeit einen sonderbaren Zwang, mit den Händen Bewegungen auszuführen, als ob sie etwas modellieren würde, obgleich sie sich nie derart betätigt hatte. Den Vorschlag, dem Zwang in der Weise nachzugeben, daß sie wirklich den Versuch machen würde, ihre Einfälle in Plastilin zu modellieren, lehnte sie mit Entrüstung und der sonderbaren Begründung ab: „Es würde dabei etwas ganz Verrücktes und Unanständiges herauskommen, etwas, was weder Frau noch Mann sei." Bei den zwanghaften Handbewegungen stellte sie sich immer ebenso zwanghaft runde weibliche entblößte Nates vor. In einem Anfall, in dem sie auf Erlebnisse aus ihrem neunten Lebensjahr zurückkam, reproduzierte sie eine Szene vor dem Einschlafen. Dann bleibt sie eine

Zeitlang ganz ruhig liegen, den Schlaf selbst jetzt in der Wiederholung darstellend, und endlich wiederholt sie anscheinend einen Traum, den sie damals erlebt hatte. Der Traum besteht aber nur aus einer Szene: sie sieht ihre nackten, runden Nates, erkennt gleich, daß es die eigenen sind, die sie der Mutter, die daneben steht, zuwendet. Und nun beginnt sie, den Traum anschaulich fortsetzend, Bewegungen der Hände, die den oben erwähnten Zwangsbewegungen gleichen und das Erlebnis der Kindheit im Schlaf darstellen. Es gelingt jetzt, die Bewegungen zu analysieren, zu deuten, und es stellt sich heraus, daß diese Handbewegungen eine kindliche Wunschphantasie verwirklichten: sie modellierte einen großen Penis, den sie an die Pubes der Mutter anheftete, dann koitierte die Mutter mit dem Penis mit ihr in ano, dann weiterte die Mutter bei ihr etwas aus, anscheinend die Vagina, koitierte mit ihr in vaginam und schloß das „Loch" wieder zu. Alles das war in den „Traumbewegungen" motorisch dargestellt. Das war ihre Wunschphantasie in jenem Alter, die an einen belauschten Koitus der Eltern und die danach erfolgte Aufklärung durch ein Dienstmädchen anknüpfte — diese Wunschphantasie verwirklichte sie agierend im Schlaf.

Nun hat Zutt vor kurzem eine Studie über Phantasieren und Wachträumen veröffentlicht, in der er nachweist, daß beim Wachträumen gerade die Vorstellung des Handelns eine viel größere Rolle spielt als der sinnlich-vorstellungsmäßige Anteil: „Wir stellen den weiteren Betrachtungen hierüber die eigene Definition voraus, in der das Moment des Handelns, das bei Jaspers Erwähnung fand, besondere Bedeutung gewinnt und von der wir glauben, daß sie die als Wachträume charakterisierten Zustände erfaßt. Der Wachträumer handelt in der vorgestellten Situation eines erlebten und erreichten Zieles."[3]

In einem neuen Licht erscheinen die hier angeführten Tatsachen, wenn man die experimentellen Untersuchungen von Sabina Spielrein[4] über die „Kinderzeichnungen bei offenen und geschlossenen Augen" in Betracht zieht. Spielrein kommt auf Grund dieser Untersuchungen zum Schluß, daß das Denken im frühkindlichen Alter in sehr hohem Maße durch die ältesten Erfahrungen des Kindes, die von den kinästhetischen Empfindungen der Muskeln, der Sehnen und Gelenkflächen stammen, beeinflußt und beherrscht wird. Sie behauptet, daß die kinästhetischen Erfahrungen und „Empfindungsbereitschaften" die tiefste Schicht und die älteste Form des „organischen", das heißt unbewußten Denkens bilden und mit ihnen verschmelzen sich die aus anderen, späteren Sinnesgebieten stammenden Erfahrungen, vor allem die Gerichtserfahrungen.

3) J. Zutt: Über Wachträume. Eine psychologische Studie. Mchr. Psychiatr. Jahrb. 188 (1930).

4) Sabina Spielrein: Kinderzeichnungen bei offenen und geschlossenen Augen. Imago, XVII, 1931.

Die „motorische Sprache" des hysterischen Anfalls, von dem hier die Rede ist, entspricht eben diesem aus den kinästhetischen Empfindungen und Erfahrungen des motorischen Apparates entstammenden Denken. In den Anfängen des psychischen Lebens und in dessen tiefsten und primitivsten Schichten werden also die kinästhetischen Erfahrungen zur Abfuhr der Reize nach außen benutzt und ihnen entsprechend die Erregungen in dieser Weise auf kürzestem Wege auf die Motorik abgeführt. Freud hat zuerst über das Zwangsgrübeln die Ansicht geäußert, daß dieses Grübeln einen Ersatz für gehemmte, zur Abfuhr nicht gelangte Zwangshandlungen darstellt. Später hat er diese Ansicht auf das Denken überhaupt ausgeweitet und betrachtet das Denken als „ein probeweises Handeln mit kleinen Energiemengen"[5]. Man kann also sagen: im psychischen Leben war zuerst die Tat. Die Entwicklung geht weiter dahin, daß, wie oben schon erwähnt, immer neue Hemmungen der direkten motorischen Abfuhr entgegengesetzt werden. Im ausgebildeten psychischen Apparat des erwachsenen Menschen kommen die stärksten Hemmungen aus dem System Bw. Bei Ausschaltung des Bw-Systems erhalten diese Anfänge des Denkens in Form von Kinästhesien die Möglichkeit, sich den kürzesten Zugang zur Motorik zu erzwingen und sich so zur „motorischen Sprache" als Ausdrucksmittel zu gestalten.

Von den wichtigen Einzelheiten, die sich bei diesen Untersuchungen ergeben, will ich noch folgendes erwähnen:

„Mehrere Psychologen" — sagt Spielrein — „die sich mit der Erforschung der Form und der Raumbegriffe befaßten, mußten selbstredend auf das Problem der kinästhetischen Empfindungen stoßen. Stanley Hall, Beaunis und andere halten kinästhetische Empfindungen, nämlich die Empfindungen der Muskeln, Sehnen, Gelenkflächen, für die Grundlage unserer Form- und Raumvorstellungen." Diese Ansicht gewinnt durch meine Beobachtung der Bewegungen im Anfall, z. B. jener, die den Hoden des Hengstes oder den Frosch darstellen sollten, ziemlich an Sicherheit. Wir sehen hier, wie im primitiven unbewußten Denken die Form der Dinge — d. h. in der psychoanalytischen Terminologie die Sachvorstellung einfachster Art — wirklich kinästhetischen Empfindungen und Vorstellungen entsprechen. Zieht man den automatischen, zwanghaften Charakter dieser Bewegungen in Betracht, so sind sie nur durch die in der Regression wiederbelebten kinästhetischen Empfindungen zu erklären.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so glauben wir behaupten zu dürfen, daß im hysterischen Anfall, bei Beseitigung der Funktion des Bw-Systems

5) Freud: Vorlesungen zur Einführung in die Psa. Ges. Schr., Bd. VII.

im „anderen Bewußtseinszustande" — aber ebenso auch bei manchem „A g i e r e n s t a t t E r i n n e r n" in der gewöhnlichen Analyse — eine sehr tiefe Regression der psychischen Vorgänge auf die früheste und primitivste Form des auf kinästhetischen Erfahrungen und Empfindungen aufgebauten organischen Denkens stattfindet und in der „Bewegungssprache" zum Ausdruck kommt.

Es muß aber betont werden, daß die Regression im hysterischen Anfall sich nur auf die Form und Art des Denkens bezieht, während die Gedankeninhalte einem viel höher entwickelten und komplizierteren Seelenleben entsprechen. Diese Denkart äußert sich im Anfall in Form von:

1) Wiederholungen von Bewegungen und Handlungen, die der Kranke selbst in einer schon früher erlebten oder phantasierten Situation ausgeführt hatte, oder

2) Reproduktion von Bewegungen und Handlungen anderer Personen, ebenfalls in einer früher schon erlebten oder phantasierten Situation (F r e u d).

Der Erregungsvorgang dabei ist aber keine progressive Abfuhr auf die Motilität wie beim normalen Handeln, sondern eine unter Ausschaltung des Bw-Systems stattgefundene Regression auf kinästhetische Erinnerungsspuren aus dem reproduzierten Erlebnis. Dafür ein Beispiel:

Eine Patientin (B) bekommt eines Tages ganz plötzlich bei einer ganz ungeschickten, aber ziemlich gewöhnlichen Bewegung eine Luxation des Schultergelenks. Beim Einrenkungsversuch macht die starke Spannung der Muskulatur Schwierigkeiten. In dem danachfolgenden Anfall reproduziert die Patientin eine Szene, in der sie mit einem starken Mann kämpft, und erleidet dabei wirklich eine neuerliche Luxation des Schultergelenks. Nach dem Anfall renkt sich der Arm ohne Spannung der Gelenksmuskulatur leicht von selbst ein. Dieser Vorgang wiederholt sich in den folgenden Tagen: bei der einfachsten Armbewegung tritt die Luxation wieder auf, so daß bei mir ernste Besorgnis aufkam, daß es doch vielleicht sekundär zu einem Schleudergelenk kommen könnte. Als wir aber das ganze Ereignis durchanalysiert hatten — was mehrere Tage erforderte — schwand das Symptom, um nicht wiederzukommen. Dieses Beispiel zeigt, daß auch die Muskelfunktion bei der Reproduktion von den unbewußten kinästhetischen Erinnerungsspuren geleitet wird.

3) In Form einer (oft symbolischen) Darstellung von Dingen (Sachvorstellungen), Vorgängen in der Außenwelt oder eigenen Gedankenvorgängen, Wünschen usw. So z. B. die obengeschilderte Darstellung des Frosches durch die besondere, charakteristische Haltung der Hand oder die Darstellung des Genitales des Pferdes durch eine spezielle Bewegung der Hände oder endlich die Darstellung der homosexuellen Koitusphantasie mit der Mutter. In einem anderen Anfall hielt die Patientin lange Zeit ihren nach oben in vertikaler Richtung ausgestreckten Arm. Im weiteren Verlauf des Anfalls reproduzierte

die Patientin eine ihrer Phantasien, in der sie den Vater von hinten überfällt und mit einem Dolch ermordet. Dabei erinnert sie sich an die Worte eines Dienstmädchens, daß dem Elternmörder nach seinem Tode der Arm aus dem Grabe wächst. Der nach oben gerade ausgestreckte Arm symbolisiert also den zur Strafe für den in der Phantasie begangenen Vatermord aus dem Grabe wachsenden Arm.

Die Wiederholung.

Die Wiederholung im hysterischen Anfall ist nicht nur auf die Motilität beschränkt. Auch die Sinneseindrücke des wiederholten Erlebnisses, die Empfindungen und Wahrnehmungen aller Sinnesorgane werden mit derselben Genauigkeit wiederholt. Nicht nur Stimme, Geste, Mimik und Körperhaltung entsprechen vollkommen der wiederholten Situation, sondern auch der psychologische Zustand des ganzen wahrnehmenden und reizempfangenden Apparates, wie Sinnesorgane, Haut, Schleimhäute usw., ist mehr oder weniger den normalen Veränderungen der reizempfangenden und Wahrnehmungsfunktionen ähnlich, wenn nicht ganz identisch, wie sie wohl beim primären Erlebnis stattgefunden hatten. Wird z. B. im Anfall ein Hitzegefühl erlebt, so wird die Haut rot und mit Schweiß bedeckt, bei Durst — die Schleimhaut der Lippen und Mundhöhle trocken, es treten Geruchs-, Geschmacks-, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen auf. Statt vielen nur ein bemerkenswertes Beispiel:

Eine Patientin (Fall B) reproduzierte im Anfall ein Erlebnis, in dem sie „ohnmächtig und bewußtlos" umgefallen war. Ein bei dem wirklichen Vorfall anwesend gewesener Mann hat sie beim Fallen mit seinem Arm um die Schulter gefaßt und sie zum Sofa getragen, das im Zimmer stand. Dabei drückte sein Manschettenknopf, der sein Monogramm trug, auf die Haut in der Gegend der Scapula. (Während des im Anfall wiederholten Ereignisses trug die Patientin ein offenes Ballkleid.) Schon einige Stunden vor dem Anfall machte sich die Stelle der Haut durch Rötung und Juckreiz bemerkbar, und im Anfall selbst konnte man an dieser Stelle ganz deutlich die Buchstaben I. M. des Monogramms sehen. Der Fall ist wegen dieser hysterischen Art und deshalb besonders erwähnenswert, weil Patientin schon im primären Erlebnis vor Jahren anscheinend in einem hysterischen Anfall das „Bewußtsein verloren hatte" und vom Druck des Knopfes auf die Haut ebenso wie, selbstverständlich, vom Monogrammabdruck auf der Haut auch damals keine bewußte Wahrnehmung empfangen hatte.

Freud hat alle halluzinatorischen Erscheinungen bei der Hysterie auf einen Regressionsvorgang im psychischen Apparat zurückgeführt. Der normale psychische Prozeß verläuft im allgemeinen wie der Reflexbogen vom Wahrnehmungssystem zum Motilitätsende. Im Traum und bei gewissen pathologischen Zuständen nimmt aber die Erregung, nach Freud, einen

regressiven Verlauf und verpflanzt sich anstatt gegen das motorische gegen das sensible Ende des seelischen Apparates. „Für die Halluzinationen der Hysterie, der Paranoia, die Visionen geistesnormaler Personen kann ich die Aufklärung geben, daß sie tatsächlich Regressionen entsprechen, d. h. in Bilder verwandelte Gedanken sind und daß nur solche Gedanken solche Verwandlung erfahren, welche mit unterdrückten oder unbewußt gebliebenen Erinnerungen im intimen Zusammenhang stehen."[6] Was hier Freud von dem halluzinatorischen Vorgang bei verschiedenen pathologischen Zuständen sagt, stimmt auch für alle anderen Wiederholungsvorgänge im hysterischen Anfall. In allen diesen Erscheinungen haben wir es mit einer Regression zu tun, mit einer auf das Wahrnehmungssystem zurückflutenden Erregung infolge der Absperrung des Zuganges zum Bw-System und zur Motilität. Mit derselben treuen Genauigkeit wie die Halluzinationen wird auch jedes andere Erlebnis, jeder somatische Zustand des Organismus wiederholt.

So erklärt z. B. dieselbe Patientin eines Morgens nach dem Erwachen, sie sehe gar nichts, sie sei vollkommen blind. Sie benahm sich auch wirklich wie eine Blinde, mußte gewaschen und angezogen werden, stieß sich beim Gehversuch an die Möbel und Wände im Zimmer. Ihre Pupillen waren dabei stark erweitert und starr, das Gesicht gerötet, sie sprach viel, lachte laut, war stark erregt und machte den Eindruck einer Manischen. Das Zustandsbild war einer Atropinvergiftung ähnlich, aber die Patientin befand sich in einem Sanatorium und war Tag und Nacht unter strenger Überwachung. Die Aufklärung über diesen Zustand kam einige Stunden später, als Patientin im Anfall einen im Alter von 12 Jahren wirklich stattgefundenen Vergiftungsversuch wiederholte. Damals fand sie im Schlafzimmer ihrer Mutter ein Fläschchen mit Augentropfen und trank den Inhalt aus. Daraufhin war sie, wie sie sich nach dem Anfall genau erinnern konnte, wirklich vergiftet und von Ärzten deswegen behandelt.

Die Regression der Erregung von den unbewußten Erinnerungsspuren zur Peripherie, zu den Sinnesorganen ist hier deutlich. Es kann aber auch vorkommen, daß das Bild des somatischen Zustandes in der Wiederholung dadurch erhebliche Komplikationen erfährt, daß diese Wiederholung selbst einen tiefgehenden Eingriff in die normalen Lebensvorgänge im Organismus bedeutet. Dieser reagiert dann auf die durch die Wiederholung entstandenen Veränderungen im Verlauf seiner Funktionen seinerseits nach den ihm eigenen organischen Gesetzen seines Lebens.

Freud hat auf die strukturelle Verwandtschaft des Affektes und des hysterischen Anfalles hingewiesen und die Behauptung aufgestellt, daß beide Niederschläge von Reminiszenzen an bedeutungsvolle Erlebnisse sind. Nur

6) Die Traumdeutung. Gesammelte Schriften Freuds, Band II, S. 465.

handelt es sich beim hysterischen Anfall um ein individuelles verdrängtes Erlebnis, beim Affektzustand — um ein traumatisierendes Erlebnis der Species, das vererbt wird. Zieht man das in Betracht, was Freud über den von ihm am eingehendsten untersuchten Angstaffekt gesagt hat[7], so muß man das charakteristische und entscheidende ursächliche Moment für den Affektzustand ebenso wie für die somatischen Vorgänge im hysterischen Anfall (soweit nicht bereits pathologische Erscheinungen wiederholt werden) darin erblicken, daß der Organismus überstarken somatischen Reizen ausgesetzt und nicht mehr imstande ist, diese Reizmengen in adäquater Weise nach außen abzuführen — was zu einer Stauung und zur Abfuhr auf die „inneren Bahnen" im Organismus selbst führen muß. Bei den Affekten sind es wahrscheinlich die durch die phylogenetisch entwickelten Zustände und Verhältnisse im Organismus (im Falle der Angst z. B. der Hergang des Geburtsvorganges) oder äußere Lebensbedingungen, die die Abfuhr nach außen überhaupt unmöglich machen; beim hysterischen Anfall ist es die pathologische Absperrung des Erregungsvorganges vom normalen Weg zur Motorik über das Bw-System. Wir haben es also auch im Affektzustand des hysterischen Anfalles eigentlich mit einem Regressionsvorgang zu tun, nämlich mit einer Wiederherstellung einer primitiven Arbeitsweise des psychischen Apparates, bei der neue Reizmengen wieder auf die inneren organischen Bahnen abgeleitet werden — auf eine Arbeitsweise, die einer phylogenetisch früheren, heute überwundenen Entwicklungsstufe entspricht.

Bei der Regression der vom Bw-System zurückgedrängten Erregung werden also die physiologischen Begleiterscheinungen der im Anfall wiederholten Affekte mit von der Regression betroffen und dabei verändert und verstärkt. Das führt zu einer Hyperfunktion[8] der inneren Organe und bei allen Hohlorganen, wie Magen, Darm, Blase, Bronchien, Herz, Blutgefäße usw., zu einem Krampf und zu spastischen Erscheinungen. Häufen sich die Anfälle in kurzen Zeitintervallen nacheinander und spielen sich die die Funktion störenden Vorgänge immer wieder ab, so kann es zu einer Summation der Wirkung der Erregung kommen, die das ursprüngliche physiologische Bild des primären affektiven Erlebnisses bis zur Unkenntlichkeit verändern kann. Dafür ein lehrreiches Beispiel:

7) Es würde zu weit führen, hier den Inhalt der Untersuchungen Freuds über die Angst wiederzugeben, und ich muß den Leser auf sein großartiges Werk „Hemmung, Symptom und Anost" und auf das Kapitel XXXII, „Angst und Triebleben", in der „Neuen Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Analyse" verweisen.

8) Wenn wir es manchmal mit einer Hypofunktion zu tun haben, so ist in Wirklichkeit die Tätigkeit des Organs doch erst infolge eines Krampfes herabgesetzt.

Die Patientin, von der hier zuerst die Rede war (A), unterbrach in den Sommerferien in einem bedeutend gebesserten Zustande die Behandlung. Nach fünf Wochen ungefähr erhalte ich von ihr einen alarmierenden Brief: sie hatte Herzbeschwerden, ging zu einem Internisten, der bei ihr ein Aortenaneurysma diagnostizierte — wahrscheinlich auf luetischer Basis. In der Anamnese der Patientin war aber dafür kein Anhaltspunkt gegeben und die wiederholte serologische Untersuchung fiel ganz negativ aus. Zur Klärung der Diagnose wollte sich die Patientin in eine Klinik begeben und fragte um meinen Rat. Selbstverständlich war ich für die klinische Untersuchung. Die letztere dauerte über zwei Monate. Hier wurde sie wiederholt röntgenisiert, man hat aber nur eine geringe Aortenerweiterung, aber kein Aneurysma gefunden. Das Krankheitsbild, das man hier beobachten konnte, war ein sehr kompliziertes: Im Vordergrund standen Zirkulationsstörungen, Gefäßkrämpfe, Atemnot, schwere Opressionen, sehr hoher Blutdruck, dabei der Puls zeitweise sehr schwach und verlangsamt, ohnmachtsähnliche Anfälle und Kopfschwindel, Urinmangel, dunkelbraune Flecken an der Gesichtshaut, die vorübergehend schwanden und wiederkamen. Die Herzerscheinungen und Zirkulationsstörungen waren morgens gewöhnlich gering, verstärkten sich aber am Nachmittag und es traten dann noch Erregungszustände hinzu mit starkem Kopfdruck, Rötung des Gesichts, Angstausbrüchen und Halluzinationen; Patientin sah eine große Ratte und schrie laut: „Nehmen Sie die Ratte weg!" Diese Anfälle dauerten bis spät in die Nacht. Danach beruhigte sich die Patientin, litt aber die ganze Nacht unter hartnäckiger Schlaflosigkeit, Atemnot, Opressionen usw. Von der Patientin selbst habe ich nachher erfahren, daß sie beim Anfall nicht ganz klar beim Bewußtsein war und wahrscheinlich kurze Dämmerzustände hatte.

Während der Menstruation ließen die Krankheitserscheinungen etwas nach und die Beruhigung hielt dann noch einige Tage nachher an. Aber schon zwanzig Tage vor der nächsten Menstruation stellte sich das frühere Krankheitsbild wieder in derselben Intensität ein. Im übrigen war, was die inneren Organe anbetrifft, das Ergebnis der klinischen Untersuchung ganz negativ. Die Diagnose der Kliniker war: Störung der inneren Sekretion, kompliziert durch Erscheinungen einer Nikotinvergiftung. (Die Patientin hat vor kurzem eine Nikotinentziehungskur durchgemacht.) Die Verursachung dieser Störung blieb unaufgeklärt, und man war schließlich geneigt, die Sekretionsstörungen durch eine Veränderung in den Ovarien bei einer der Menopause nahestehenden Frau zu erklären. Die Erregungszustände und Halluzinationen wurden auf Zirkulationsstörungen im Gehirn als einer Folge der inneren Sekretionsstörungen zurückgeführt.

Da der Zustand der Patientin während des Aufenthaltes in der Klinik sich durchaus nicht besserte, entschied sich der Mann der Patientin für die Wiederaufnahme der Analyse. Nach einigen Tagen ging die Analyse weiter in der oben geschilderten Weise und dabei ergab sich folgendes:

Im Alter von 8 bis 9 Jahren hat die Patientin mit ihren Eltern den zweiten Stock einer kleinen Villa bewohnt, in die manchmal Ratten von dem in einem Nebenbau im Erdgeschoß sich befindenden Pferdestall eindrangen. Eines Tages um 4 Uhr nachmittags wollte das Mädchen ins Eßzimmer der Wohnung eintreten, blieb aber an der Schwelle wie gelähmt vor Schrecken stehen: auf dem zum Kaffee

gedeckten Tische bemerkte sie eine Ratte. Gleich darauf kam dann noch der Vater hinzu und blieb ebenso daneben stehen. Das vergrößerte noch die Angst des Kindes: der Vater, ein früherer Offizier, forderte von den Kindern mutiges Auftreten, Selbstbeherrschung, Unerschrockenheit und scheute sich nicht, dabei Feldwebelmethoden anzuwenden. Als die Kleine den Vater bemerkte, zuckte sie bei dem Gedanken zusammen: „Der Vater wird mich zwingen, die Ratte in die Hand zu nehmen, wenn er merkt, daß ich Angst habe." Das war für die Kleine um so unmöglicher, als sie bereits im Alter von vier Jahren ein schwer traumatisches Erlebnis mit einer Ratte gehabt hatte. Zum Glück trat die Befürchtung des Kindes nicht ein, der Vater verjagte selbst das Tier. Aber dieses Erlebnis rührte an einen schweren kindlichen Konflikt, bei dem der Vater die Hauptrolle spielte, den ich aber hier nicht bringen kann. Tatsache ist, daß nach drei bis vier Wochen Analyse alle die oben angeführten Symptome mit Ausnahme einer schon seit Jahren vorhandenen geringen Herzschwäche vollkommen schwanden. Das Ganze war also Wiederholung eines schweren Schreckerlebnisses. In der Gegenwart wurde dieses verdrängte Erlebnis noch besonders durch eine andere Schrecksituation aktiviert, welche die Patientin während einer Autofahrt erlebt hatte. Der Ehemann der Patientin spielte dabei eine dem Vater im primären Erlebnisse ähnliche Rolle, indem er sie zwingen wollte, die an sich nicht ganz unbegründete Angst durch eine Willensanstrengung zu überwinden. So stellte sich auch in der Gegenwart bald eine psychologisch ähnliche Konfliktsituation ein, die eine Affektübertragung vom despotischen Vater auf den Ehemann begünstigte.

Der Zustand in den Nachmittagsstunden (zeitlich mit dem primären Kindheitserlebnis übereinstimmend) war zweifellos ein hysterischer Anfall mit Dämmerzustand, in dem das primäre traumatische Kindheitserlebnis reproduziert wurde. Weil der Zustand mit Hilfe der Analyse nicht aufgelöst wurde, steigerte sich die Spannung immer mehr und entsprechend veränderte sich auch das ursprüngliche Bild. Durch die Häufung der Anfälle in kurzen Zeitintervallen verstärkten sich die Erscheinungen des primären Schreckens, bis die vielfache Vergrößerung das Bild bis zur Unkenntlichkeit veränderte. Die Erregung und Spannung wuchsen, die Angst quälte die Patientin stundenlang, die Gereiztheit, die im infantilen Erlebnis dem Vater gegolten hatte und unterdrückt worden war, brach mit elementarer Wucht in Wutanfällen aus. Aber in noch höherem Grade veränderte sich das Bild der physiologischen Begleiterscheinungen des Schreckens. Durch Kumulation der Wirkung der täglichen, viele Stunden andauernden Funktionsstörungen entwickelte sich ein wirklich schweres Krankheitsbild mit Zirkulations- und innersekretorischen Störungen. (Braune Flecken infolge der Adrenalinansammlung im Blut; bekanntlich tritt Adrenalin im Blute auch beim Schrecken, bei Angst in kleinen Mengen auf.) Die Physiologen hatten daher eigentlich mit ihrer Diagnose des Zustandes recht. Sie verkannten bloß seine hysterische Ätiologie, die Tat-

sache, daß das Psychische sich im Organischen ebenso auswirken kann wie umgekehrt.

Die Wahrnehmung.

Ein eigenartiges Bild zeigt im hysterischen Anfall und im „anderen" Bw-Zustand die Wahrnehmungsfunktion. Sie ist in dreifacher Weise verändert: Objekte der wirklichen Realität werden meistens nicht wahrgenommen, während in Wirklichkeit nicht vorhandene Erscheinungen halluziniert werden. Schließlich können zu gleicher Zeit auch wirklich vorhandene Objekte oder Situationen teilweise in einer unvollkommenen Art wahrgenommen und dem im Anfall wiederholten Erlebnis durch Illusion angepaßt werden. Es sind also manchmal zur selben Zeit Halluzinationen, negative Halluzinationen und Illusionen anzutreffen.

Oben habe ich schon die Patientin erwähnt, die im anderen Bw-Zustand im Anfall ihr Tagebuch wieder geschrieben hat. Sie hat den ihr in die Hand gedrückten Bleistift wahrgenommen und richtig zum Schreiben verwendet; hingegen nahm sie mich, der ihr den Bleistift in die Hand gedrückt hatte, nicht wahr, ebensowenig das Papier. Als aber ihre Hand aufs Papier gelegt und der Bleistift an die richtige Stelle angesetzt wurde, schrieb sie Zeile für Zeile sauber, in der richtigen Ordnung und gut lesbar. Sie hat sogar an manchen Stellen im Geschriebenen Korrekturen vorgenommen, einzelne Worte ausgestrichen und darüber andere geschrieben. Ob das auch eine Wiederholung primärer Ausbesserungen war — weiß ich nicht. Jedenfalls zeigten das Geschriebene und das Ausgebesserte einen sinnvollen Zusammenhang. Aber als das Blatt zu Ende geschrieben war, merkte sie es anscheinend nicht, wahrscheinlich weil es im primären Erlebnis nicht der Fall war, und setzte mit dem Schreiben auf dem Kissen fort. Ähnliche Beobachtungen habe ich bei dieser Patientin unzählige Male gemacht. Während ihrer Anfälle und in dem, manchmal lang andauernden „anderen" Bw-Zustand habe ich in der verschiedensten Weise versucht, mich bemerkbar zu machen, aber sie nahm mich sichtlich nicht wahr, merkte mich nicht. Gelang es mir aber, mich ihren Erlebnissen irgendwie anzupassen und die entsprechende Rolle einer Person zu spielen, die in den sich gerade wiederholenden Ereignissen auftrat, so schien sie mich sofort zu merken und danach zu behandeln. Fiel ich aus der Rolle oder versuchte etwas zu sagen oder zu machen, was der wiederholten Situation nicht entsprach, so hat sie es einfach nicht wahrgenommen.

Am schönsten zeigt diese Sachlage der folgende Versuch, den ich mit der Patientin angestellt habe. Während eines dreiwöchentlichen Dämmerzustandes saß ich eines Tages auf einem Sofa neben ihr in ihrem Zimmer, als sie in großer Erregung aufstand und überlegte; dann schritt sie zum Schreibtisch, der an der entgegengesetzten Wand stand (dieses Möbelstück schien zufällig ungefähr an derselben Stelle im Zimmer zu stehen wie im Zimmer damals vor Jahren, als sich die Szene in Wirklichkeit abspielte), schrieb etwas auf ein Stück Papier, klingelte scheinbar an einer Schreibtischglocke — nur die Bewegung wiederholend, denn

in Wirklichkeit war keine Glocke da — drehte sich dann um und sagte nach einer Weile, mir das Papier überreichend (ich ging ihr zum Tisch nach, um sie zu beobachten): „Schicken Sie mir, bitte, das Telegramm sofort ab." Ich nahm ihr das Papier ab — es war ein Telegramm an die Mutter mit einer richtigen damaligen Adresse der Mutter in einer ausländischen Sprache. (Dieses Telegramm war damals wirklich von der Patientin abgeschickt und von der Mutter empfangen worden.) Patientin gab mir das Telegramm, ohne mich zu erkennen, setzte sich wieder aufs Sofa, wischte sich die schweißbedeckte Stirn mit ihrem Taschentuch ab mit der Bemerkung: „Mein Gott, ist eine Hitze hier, ich habe so einen Durst." Dann geht sie wieder auf den Tisch zu, sucht, findet aber gar nichts. Vielleicht stand damals vor Jahren wirklich ein Glas Wasser auf dem Tisch, aber jetzt war es nicht der Fall. Aber auf der Veranda daneben stand wirklich auf einem Tisch ein Glas Wasser. Ich wollte sehen, inwiefern die Patientin die Wirklichkeit wahrnimmt und stellte den folgenden Versuch an: Ich nahm die Patientin bei der Hand und führte sie auf die Veranda. Sie ging widerstrebend, verwirrt, abwesend, wie im Nachtwandeln. Ich führte sie zum Tisch, aber sie schien das Glas mit dem Wasser nicht wahrzunehmen und nicht zu sehen. Dann führte ich ihre Hand zum Glas und brachte die innere Handfläche mit dem Glas in Berührung; die Patientin blieb aber unbeweglich, ohne zu reagieren und ohne das Glas zu nehmen. Dann nahm ich selbst das Glas und brachte zuerst nur das Glas — und als auch darauf keine Reaktion kam — auch das Wasser mit ihren Lippen in Berührung. Aber auch jetzt blieb jede Reaktion seitens der Patientin aus. Nun führte ich die Patientin zurück zu der früheren Stelle am Tisch, nahm aber das Glas Wasser mit und stellte es auf den Tisch, dorthin, wo sie es früher suchte. Mit einer schnellen sicheren Handbewegung ergriff Patientin das Glas und trank gierig das Wasser aus.

Dieser Versuch zeigt eindeutig, daß die Patientin nur diejenigen Reize und Objekte im Anfall und im „anderen" Bw-Zustand wirklich wahrnimmt, die denjenigen aus einem früheren, jetzt wiederholten Erlebnis entsprechen oder ähnlich sind, während andere zu gleicher Zeit auf sie einwirkende Reize nicht wahrgenommen werden.

Man könnte vielleicht sagen, daß die Patientin nichts aus der gegebenen Realität wahrnimmt, nur eine frühere Situation genau wiederholt und dabei früher ausgeführte Bewegungen und Handlungen agiert, unabhängig davon, ob sie dabei zufällig mit einem realen Objekt in Berührung kommt oder nicht. So machte sie z. B. die Bewegung mit dem Arm, als ob sie klingeln würde, obgleich sie gar keine Glocke auf dem Tisch fand und nichts in der Hand hatte. Für den Fall, daß kein entsprechendes Objekt in der Wirklichkeit vorhanden ist, kann man diese Annahme nicht abweisen; vieles spricht aber dafür, daß die Patientin in diesem Falle halluzinierte und eine Glocke wirklich sah, hörte und in ihrer Hand fühlte. Bei dem Versuch mit dem Glas Wasser ist aber die Sachlage doch eine andere. Auf der Veranda, in der veränderten,

dem wiederholten Erlebnis nicht entsprechenden Situation schien die Patientin das Glas nicht wahrgenommen zu haben; auch bei der unmittelbaren Berührung des Glases mit der Handoberfläche und mit den Lippen und sogar vom Naßwerden der Lippen bei der Berührung mit dem Wasser hat sie anscheinend die taktilen Empfindungen nicht wahrgenommen, — sie bemerkte aber sofort das Glas, faßte es mit einer Handbewegung und führte es selbst zum Mund, als die Situation am Schreibtisch wie vor Jahren wieder hergestellt wurde. Im letzten Fall war es keine Halluzination mehr, sondern eine echte Wahrnehmung eines realen Objektes, obgleich sich der Bw-Zustand der Patientin gar nicht verändert hatte. Der Schluß, den wir aus dieser Tatsache ziehen müssen, könnte so formuliert werden: 1. Im „anderen", hysterischen Bw-Zustand werden bestimmte Wahrnehmungen so erlebt, als ob die entsprechenden Reizquellen in Wirklichkeit in der Gegenwart vorhanden wären, obgleich das nicht der Fall ist und diese Reizquellen nur in den früheren, jetzt sich wiederholenden Erlebnissen gewirkt hatten; 2. die andern, in der Realität vorhandenen Reizquellen werden dagegen nicht wahrgenommen, mit der Ausnahme, daß 3. auch in der gegebenen Realität wirklich vorhandene Reizquellen wahrgenommen werden, wenn sie der früheren, jetzt wiederholten Situation irgendwie entsprechen oder in ihrem Sinne durch Illusion umgedeutet werden können.

Dieser eigenartige Zustand der Wahrnehmungsfunktion ist eigentlich einer befriedigenden Erklärung schwer zugänglich. Aber eines müssen wir in Betracht ziehen: Unsere bisherigen Erfahrungen haben uns immer wieder gezeigt, daß Störungen einer psychischen Funktion immer eine Regression derselben auf eine frühere, weniger entwickelte Stufe zur Folge haben. Haben wir es dann vielleicht auch in diesem Falle mit einer Regression zu tun? Soll denn auch dieser Zustand der Wahrnehmungsfunktion einem früheren Entwicklungsstadium entsprechen?

Es ist wirklich vorstellbar, daß dieses Durcheinander von Halluzinationen, Wahrnehmungen und Illusionen zu gleicher Zeit eine frühe, noch unentwickelte Stufe dieser Funktion wieder herstellt. Wir können uns wohl vorstellen, daß in der ersten Zeit der Anfänge des psychischen Lebens Reize, die von außen an die Sinnesorgane gelangen, als Vorgänge am eigenen Körper, nämlich an diesen Organen, empfunden und erlebt werden und mit den Reizquellen der Außenwelt nicht immer direkt in Verbindung gebracht werden. Die Wahrnehmung bedeutet dann noch kein Erkennen, der Unterschied zwischen den Halluzinationen und wahrgenommenen Bildern wird noch kaum klar erfaßt. Erst die weitere Entwicklung bringt es mit sich, daß die Sinnesreize mit den Reizquellen in Verbindung gebracht werden und

Wahrnehmungen wirklich zum Erkennen der Außenwelt führen. In dieser Entwicklungsperiode wirken auch Reize, die von Triebregungen stammen und im Innern des psychischen Apparats entstehen, in derselben Richtung.

Freud nimmt einen primitiven Zustand der psychischen Tätigkeit in einem gewissen Entwicklungsstadium des Kindes an, in dem der Versuch zuerst gemacht wird, ein Bedürfnis auf Grund einer schon vorhandenen Erfahrung vom Befriedigungserlebnisse, nur durch Wiederverstärken von Erinnerungsspuren dieser die Befriedigung bringenden Wahrnehmung, zu befriedigen. So wird die Situation der ersten Befriedigung wieder hergestellt, das halluzinatorische Wiedererscheinen der Wahrnehmung wird zur Wunscherfüllung und „die volle Besetzung der Wahrnehmung von der Bedürfniserregung her — der kürzeste Weg zur Wunscherfüllung". Das Wünschen läuft also ins Halluzinieren aus. „Diese erste psychische Tätigkeit zielt also auf eine Wahrnehmungsidentität, nämlich auf die Wiederholung jener Wahrnehmung, welche mit der Befriedigung des Bedürfnisses verknüpft ist."[9] Und diese Wiederholung entsteht auf halluzinatorischem Wege. Spielrein spricht daher mit Recht, sich auf Freud stützend, von einem Stadium des halluzinatorisch-organischen Denkens. Erst später, mit der zunehmenden Erfahrung, nach erlebten Enttäuschungen und Richtigstellungen, werden die Empfindungen und die wahrgenommenen Sinnesreize mit den äußeren Reizquellen, den realen Objekten in Verbindung gebracht und von den halluzinierten Wahrnehmungen der Erinnerungsspuren genau unterschieden. Auch dazu bedarf es einer Entwicklung, und es ist fraglich, ob mit einem Schlage das Stadium erreicht wird, in welchem immer jede Halluzination von der wirklichen Wahrnehmung unterschieden werden kann. Wir dürfen vielmehr auch beim kleinen Kind eine Entwicklungsphase annehmen, in der Wahrnehmungen, Halluzinationen und Illusionen zu gleicher Zeit bestehen können. Dann würden wir es bei dem hysterischen Anfall und im „anderen" Bw-Zustand doch mit einer Regression der Wahrnehmungsfunktion auf dieses primitive Stadium in der Entwicklung zu tun haben.

Bewußtseinsveränderung und „Ich".

Außer der „motorischen Sprache" ist eine andere Erscheinung für den hysterischen Anfall charakteristisch, nämlich die Bewußtseinsveränderung.

9) Freud: Traumdeutung. Gesammelte Schriften. Band II, S. 483.

Den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Veränderung des Bewußtseinszustandes, bezw. dem Bewußtseinsverlust und der Verdrängung zeigt eine Beobachtung an der Patientin A.

Diese Frau begann gewöhnlich die psychoanalytische Sitzung mit den üblichen freien Einfällen, bis sie zu einem Punkt kam, in dem das Sprechen plötzlich stockte, die Patientin ruhig liegenblieb und in einen „Schlaf" versank. Wurde sie gleich geweckt und aufgefordert weiterzusprechen, so fiel ihr zunächst nichts ein, dann griff sie irgendein oberflächliches Thema auf und kam dann nie zu einer Deutung oder Lösung des Materials, das sie vor dem Einschlafen gebracht hatte. Wurde sie aber nach dem Einschlafen sich selbst überlassen, dann fing sie nach einer mehr oder weniger kurzen Pause zu „agieren" an — und nun kam gerade das Material, das zur Lösung und Deutung des vor dem „Einschlafen" Gebrachten nötig war oder die Fortsetzung des vorher angeknüpften Themas. Das Bild blieb aber im Verlaufe der ganzen Behandlung, die, wie gesagt, in der Analyse der reihenweise täglich auftretenden Anfälle bestand, nicht das gleiche. Die psychologischen Bedingungen und Verhältnisse im Augenblick des „Einschlafens", das heißt der Bewußtseinsveränderung, haben sich mit der Zeit grundsätzlich geändert. Zu Anfang der Behandlung unterschied sich der dem Anfall unmittelbar vorangegangene Zustand kaum von dem Vorgang, wie er sich gewöhnlich bei den hysterischen Anfällen auch ohne Behandlung abspielt. Die Erregung der Patientin beim Sprechen und Erzählen stieg dauernd an, die Affekte kamen immer heftiger zum Ausdruck, bis der Augenblick eintrat, in dem das Bewußtsein plötzlich ganz erloschen war und die Patientin im bewußtlosen Zustand dalag, um nach einer kurzen Pause in das Stadium des „Agierens" überzugehen. Im Laufe der Behandlung veränderte sich aber das Bild in dem Sinne, daß die Widerstandsfähigkeit des Ichs gegen das vordrängende unbewußte Material sichtlich immer größer wurde. Man hatte den sicheren Eindruck, daß die Patientin eigentlich immer mehr imstande war, dem Anfall erfolgreich Widerstand zu leisten. In der letzten Zeit der Behandlung gab es sogar einzelne, wenn auch seltene, Stunden, in denen es nicht zum „Einschlafen" kam, nämlich dann, wenn dieser Widerstand besonders stark war. In der Überwindung dieses Widerstandes zeigte sich dann mit Deutlichkeit die Wirkung der Übertragung.

Der Übertragungsaffekt in jeder einzelnen Stunde war vor dem Anfall vollkommen durch den affektiven Inhalt des im Anfall wiederholten Erlebnisses determiniert; er schwand aber spurlos sofort nach Erledigung des Anfalls, so daß die Einstellung zum Analytiker vor und nach dem Anfall gewöhnlich grundverschieden war. Bei dieser Patientin mit einem sehr affektbesetzten „weiblichen Kastrationskomplex" und einer hauptsächlich „negativen" Übertragung mußte zuerst jedesmal der Übertragungswiderstand beseitigt werden, damit das „Einschlafen" und die Bewußtseinsänderung zustande kommen konnten. Meist versetzte sich die Patientin dann selbst (gegen Ende der Behandlung) durch intensives Nachdenken in diesen Zustand und damit wurde der Vorgang zur Selbsthypnose.

Diese Änderung zeigt, daß das Auftreten der Bewußtseinsveränderung

einerseits von der Intensität des Vordrängens des im Ubw angestauten Materials abhängt, andererseits von der Stärke des Widerstandes seitens des „Ich". Über die Natur des Materials im Ubw hat Freud schon 1909 festgestellt, daß es infantilen erotischen Phantasien entstammt, die mit autoerotischen Befriedigungen verbunden waren und dann verdrängt wurden. Über den Vorgang der Bewußtseinsänderung sagt Freud: „Der Bewußtseinsverlust, die Absence des hysterischen Anfalls geht aus jenem flüchtigen, aber unverkennbaren Bewußtseinsentgang hervor, der auf der Höhe einer jeden intensiven Sexualbefriedigung (auch der autoerotischen) zu verspüren ist... Der Mechanismus dieser Absence ist ein relativ einfacher. Zunächst wird alle Aufmerksamkeit auf den Ablauf des Befriedigungsvorganges eingestellt, und mit dem Eintritt der Befriedigung wird diese ganze Aufmerksamkeitsbesetzung plötzlich aufgehoben, so daß eine momentane Bewußtseinsleere entsteht. Diese sozusagen physiologische Bewußtseinslücke wird dann im Dienste der Verdrängung erweitert, bis sie all das aufnehmen kann, was die verdrängende Instanz von sich weist."[10]

Da dieses Material sich nicht von dem unterscheidet, das sich bei der analytischen Durchforschung jeder Neurose als pathogene und symptombildende Quelle im Es findet, so sind wir berechtigt, die Bedingungen der Bewußtseinsveränderung im Ich, in seiner Eigenart und Organisation zu suchen.

Nun ist die große Neigung der Hysterischen zu Tagträumereien schon längst bekannt. Ebenso sicher ist die Verwandtschaft dieser Tagträume mit dem hysterischen Anfall, auf die Freud in der oben zitierten Arbeit noch besonders hingewiesen hat. In diesem Überwiegen des Phantasielebens und der damit verbundenen Introversion der Libido hat man sogar vielfach die besondere Disposition zur hysterischen Erkrankung erkennen wollen. Andererseits aber bilden bekanntlich die Erlebnisse aus dem Ödipuskomplex in der Kindheit den Kern dieser autoerotischen Phantasien. Die Folge ist, daß der Hysterische seinen Ödipuskomplex nicht genug überwunden hat, daß es bei ihm nie zu einer richtigen Zerstörung des Ödipuskomplexes gekommen ist. Das führt zur weiteren Frage: wie weit gelang beim Hysteriker die Ausbildung des Über-Ichs? Mußte diese Ausbildung unter der mangelhaften Zerstörung des Ödipuskomplexes nicht leiden? Freud legt die Bejahung dieser Frage nahe, indem er sagt: „Eingehende Untersuchung belehrt uns auch, daß das Über-Ich in seiner Stärke und Ausbildung verkümmert, wenn die Überwindung des

10) Freud: „Allgemeines über den hysterischen Anfall." Ges. Schr., Bd. V, S. 258-9.

Ödipuskomplexes nicht vollkommen gelingt."[11] Aber auch die anderen bekannten, typischen Charakterzüge der Hysterischen sprechen für die Schwäche ihres Über-Ichs, nämlich ihre Verlogenheit, die Halt- und Hemmungslosigkeit in ihrem Wesen und oft in der Verfolgung ihrer Wünsche und Ziele u. a. m. Andererseits muß die starke Erotisierung des psychischen Lebens des Hysterischen in Betracht gezogen werden, die dominierende Rolle, die die erotischen Stimmungen und die Sexualerlebnisse in ihrem Seelenleben spielen. Freud hat in seiner Typologie die Hysteriker zum erotischen Typus zugerechnet, von dem er sagt: „Die Erotiker sind Personen, deren Hauptinteresse — der relativ größte Betrag ihrer Libido — dem Liebesleben zugewendet ist... Sozial und kulturell vertritt dieser Typus die elementaren Triebansprüche des Es, dem die anderen psychischen Instanzen gefügig sind."[12] Wir können also sagen: die Schwäche des Über-Ichs und der hohe Grad von Erotisierung des Ichs (in seiner bewußten, wie vorbewußten Seelentätigkeit) haben zur Folge, daß das aus dem Es vordrängende stark libidobesetzte Material des Anfalls den ganzen psychischen Apparat mit seiner Libido in einer organischen Intensität überschwemmt und die Bw-Funktion des Ichs fast zum vollen Auslöschen bringt. Dadurch erzwingen sich die im Anfall wiederholten Erlebnisse den Zugang zu der Motilität und teilweise auch eine Abfuhr nach außen, die dann für eine mehr oder weniger kurze Zeit gewöhnlich eine gewisse Beruhigung und Befriedigung bringt, — auch dann, wenn die Verdrängung durch die Analyse nicht aufgehoben wird und das Verdrängte dem bewußten Ich nach dem Anfall noch weiter unzugänglich bleibt. Dieser Lustprämie wegen, glaube ich, läßt sich das Ich den Anfall gefallen, denn wie wir aus der oben angeführten Beobachtung sehen, ist beim Anfall immer ein gewisses Nachgeben des Ichs dem Es gegenüber (bei schwachem Über-Ich) im Spiel.

Als schönes Gegenstück zum hysterischen Anfall kann in diesem Zusammenhang der phobische Anfall bei der Angsthysterie betrachtet werden. Was im ersten durch das motorische Ausleben des Verdrängten vom schwachen Über-Ich zugestanden wird, das wird gerade im phobischen Anfall durch lokomotorische Hemmung und Angstentwicklung verhindert. Das läßt manches über den Unterschied in der psychologischen Struktur und der Disposition zu jeder der beiden Formen der Hysterie erkennen. Verschiedene Autoren haben schon längst hervorgehoben, daß die Phobiker vor ihrer manifesten Erkran-

11) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Wien 1933, S. 90.

12) Freud: Über libidinöse Typen. Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931, S. 314.

kung eine starke Bewegungslust und Muskelerotik aufweisen und haben in der Verdrängung dieser Lust eine der Quellen der lokomotorischen Angst gesehen. Ich habe vor Jahren in einem Kinderheim die Möglichkeit gehabt, die Beobachtung zu machen, daß Kinder, die schon ganz früh, vom ersten Gehversuch an, sehr lebhaft und bewegungslustig sind, im phobischen Alter zur Angstentwicklung und Phobienbildung besonders neigen. Andererseits ist die Muskelerotik eine Komponente des Sadismus, und gerade in dieser sadistischen Disposition ist eine Vorbedingung zur Ausbildung eines herrschsüchtigen, gebieterischen und mächtigen Über-Ichs gegeben. Jedenfalls führt der Vergleich der Hysterischen mit den Phobikern leicht zur Feststellung, daß bei den Phobikern das Über-Ich in viel höherem Maße das Seelenleben beherrscht als bei den Konversionshysterikern. In dem strengeren Über-Ich und in der sadistischen Disposition möchten wir also die Momente sehen, die bei der Neurosenwahl zugunsten der Angsthysterie von entscheidender Bedeutung sind. Die Angsthysterie nimmt auch in dieser Beziehung eine Mittelstellung zwischen Konversionshysterie und Zwangsneurose ein.[13]

Eine weitere Frage in diesem Zusammenhang ist folgende: Was geschieht mit dem Ich im hysterischen Anfall, wird es etwa aufgelöst oder zerfällt es?[14]

Das im Anfall zum Vorschein Gebrachte ist aber auch nur ein verdrängter und jetzt wieder agierender Teil des Ichs, der in der vergangenen Entwicklung

13) In diesem Zusammenhang fällt ein gewisses Licht auf die merkwürdige, vielfach konstatierte Tatsache, daß Fälle von typischer Hysterie seit ungefähr Ende des vorigen Jahrhunderts unter der städtischen Bevölkerung Europas immer seltener werden, während Zwangsneurosen entschieden an Zahl zunehmen. Ich glaube die Ursache dieser Erscheinung in den veränderten Familien-, Milieu- und Erziehungsverhältnissen, besonders in den Großstädten, sehen zu dürfen. In den modernen Großstadtverhältnissen leben die kleinen Kinder viel mehr mit und unter Erwachsenen, es wird ihnen zwar entschieden mehr Aufmerksamkeit und Liebe geschenkt, sie werden aber (besonders beim Einkindersystem) viel mehr überwacht, „erzogen", und besonders die Erziehung zu Reinlichkeit und „Anstand" wird früher und energischer durchgeführt. So werden vom Kind immer mehr Anpassungen, Überwindungen und Triebveränderungen gefordert, denen seine schwachen Kräfte oft nicht gewachsen sind. Das führt zu verschärften Konflikten, zur Gefühlsambivalenz und zur Ausbildung eines strengen Über-Ichs, was bekanntlich für die Zwangsneurose entscheidend ist. Früher, besonders in kinderreichen Familien, waren die Kinder viel mehr sich selbst überlassen, sie wuchsen mehr in der Kindergesellschaft ihrer Geschwister auf, erzogen sich gegenseitig; die Erziehung zur Reinlichkeit setzte später ein und wurde nicht so energisch durchgeführt. Dafür lernte schon früh das Kind seine Wünsche im Spiel und in der Phantasie befriedigen, darunter auch sein Zärtlichkeits- und Liebesbedürfnis und das stärkte die Introversionneigung und das Phantasieleben. Die moderne Erziehung macht die Kinder allzuoft altklug und nüchtern.

14) Einzelne Teile der vorliegenden Arbeit wurden von mir in einer Sitzung der Berliner Psychoanalytischen Gesellschaft vorgetragen und in der nachfolgenden Diskussion wurde die Ansicht geäußert, daß das „Ich" im Anfall aufgelöst wird.

real durchlebt oder phantasiert war. In jedem einzelnen Fall wird so ein kleiner Abschnitt der Ich-Entwicklung vorgeführt. Wenn man eine Analyse der reihenweise auftretenden Anfälle so verfolgt, hat man den Eindruck, als ob jemand in dramatischer Form den Inhalt eines sein ganzes Leben lang geführten Tagebuches wieder vorführt, in dem jede seiner Handlungen, jede Äußerung, jeder Gedanke und jede Phantasie, alle Wünsche, Träume, Tagträume genau und worttreu eingeschrieben sind. Dabei wird aber nicht in derselben Ordnung und Reihe, hintereinander, wie es im Buch steht, wiederholt, sondern als ob das Buch durchgeblättert und je nach Verweisungen einmal die eine Stelle aus dem Anfang herausgegriffen wurde, am nächsten Tag eine Stelle aus der Mitte, dann ein Stück am Ende usw. So werden die einzelnen Schichten des Ichs wechselnd in horizontaler und vertikaler Folge vorgeführt. Trotzdem ist eine gewisse Ordnung in der Auswahl der Stücke doch zu bemerken: entweder sind es bestimmte inhaltlich gemeinsame Komplexe, z. B. der Kastrationskomplex in seiner ganzen Entwicklung und Äußerung aus verschiedenen Lebensabschnitten oder ein bestimmtes Ereignis, das eine Lebensperiode umfaßt und in Anfällen vorgestellt wird. In einem beobachteten Fall dauerte der nach einem Anfall aufgetretene Dämmerzustand mehrere aufeinanderfolgende Wochen ohne Unterbrechung an. Durch volle Identifizierung mit einer realen oder phantasierten Person kann es dabei zu dem bekannten Bild der multiplen Persönlichkeit kommen.

Man kann also die Auffassung vertreten, daß im hysterischen Anfall die psychische Tätigkeit nicht bloß formal in ihrer Arbeitsweise in einem Zustand tiefster Regression sich befindet, sondern daß sie auch inhaltlich, in Form des Erlebens, auf einen in der Vergangenheit erlebten vor- oder unbewußten Teil des Ichs regrediert.

Die Vorbereitung des Anfalls und seine Entstehung.

Oben ist schon betont worden, daß dem einzelnen Anfall eine gewisse Vorbereitungsperiode, ein Prodromalstadium vorausgeht. Oft kann man die Anzeichen des kommenden Anfalls schon viele Stunden oder sogar Tage vor dem Anfall erkennen.

Zur Vorbereitung des Anfalls nehmen die aus dem kommenden Anfall vorweggenommenen Symptome und Erscheinungen an Zahl und Intensität zu. Alle Symptome dieser Prodromalperiode kommen im Anfall selbst in verstärkter Form als Bestandteile des wiederholten Erlebnisses sinnvoll zum Vorschein. Eine Ausnahme bilden nur diejenigen Symptome, die eigentlich

Ausfallserscheinungen darstellen, nämlich die Anästhesien. Sie können sich im Anfall in besonders starke Empfindungen und Sensationen verwandeln, z. B. bei sexuellen Anästhesien an den erogenen Zonen in Schmerzen.

So hatte z. B. Patientin A. seit vielen Jahren anästhetische Stellen an der Innenfläche der Oberschenkel. In einem Anfall wiederholte sie einen mehr oder weniger erzwungenen Koitus, bei dem der Partner durch eine ungeschickte Bewegung sie mit seinen Knien an dieser Stelle stark drückte und ihr Schmerzen zufügte. Nach diesem Anfall verschwanden die Anästhesien. Ein anderes Mal entsprachen plötzlich vor dem Anfall aufgetretene Anästhesien an den Zeigefingern beider Hände einer im Anfall selbst wiederholten kindlichen Phantasie, bei der die Patientin mit einem Messer kastriert werden und diese Finger ihr abgeschnitten werden sollten.

Die an die Erlebnisse des Anfalls gebundenen Affekte beherrschen das Affektleben des Kranken die ganze Prodromalzeit hindurch und werden unmittelbar auf die Umgebung, auf alle Personen, mit denen der Kranke in Berührung kommt, übertragen. Das führt zu unzähligen unbegründeten, unverständlichen Konflikten mit der Umwelt, zur Störung aller Beziehungen — der ehelichen, familiären, freundschaftlichen usw. Selbstverständlich verschonen solche Übertragungserscheinungen auch nicht die Person des Analytikers und müssen in der üblichen Weise behandelt werden.

Das ganze Handeln und Denken des Patienten in der Zeit vor dem Anfall wird von den Erlebnissen des herannahenden Anfalls in höchstem Grad beherrscht. Es wird wohl kaum eine Übertreibung sein zu sagen, daß jede Handlung, jede Bewegung und Äußerung des Kranken, auch die scheinbar gleichgültigste, geringste, ganz auf die Gegenwart gerichtete, vom Inhalt des nächsten Anfalls in hohem Maße beeinflußt wird. Die wichtigsten Beziehungen, Lebensereignisse und Entscheidungen werden in gleicher Art von dem Inhalt des reifenden Anfallserlebnisses in entscheidender Weise beeinflußt. Man kann ferner behaupten, daß der Charakter und die Persönlichkeit des Kranken sich nicht nur im Anfall dem in ihm erneuerten Erlebnis entsprechend verändern, sondern auch in der Prodromalzeit in gleicher Weise auf die Lebensperiode dieses Anfalls vollkommen regredieren können.

Es wäre vielleicht nicht nötig, sich über diese, eigentlich meist bekannten Erscheinungen zu verbreiten, wenn nicht andere wichtige Fragen damit verbunden wären. Die Erscheinungen und die Vorgänge, die sich in der Vorbereitungsperiode des Anfalls abspielen, gehören eigentlich zu dem typischen Bild der Hysterie und treten in gleicher Weise auch in denjenigen Fällen auf, bei denen es nicht zu Anfällen kommt. Lassen wir das letzte Stadium, den

Anfall selbst, weg, wie er der überwiegenden Mehrzahl von Hysterien tatsächlich fehlt, so unterscheidet sich das hier geschilderte Bild des Prodromalstadiums in keiner Weise von dem gewöhnlichen, typischen Bild der Hysterie und man kann eigentlich jeden einzelnen Zustand in der Vorbereitungsperiode als eine selbständige kurze Hysterieattacke betrachten.

In den modernen klassischen psychiatrischen Schulen „wird aber eine Krankheit ‚Hysterie' nicht mehr anerkannt und die Bezeichnung ‚hysterisch' im Sinne ‚zweckneurotisch' gebraucht. Im ‚hysterischen Charakter' sehen wir eine Unterform seelischer Entartung, bei der ein maßloser Egoismus bei disharmonischer Trieb-, Gefühls- und Willensstruktur in einer labilen Persönlichkeit hysterische Wunschmechanismen zur Erreichung seiner oft asozialen Ziele benutzt".[15] „Man spricht von einer Anlage zu psychogenen Mechanismen, von einer gesteigerten Suggestibilität, von einer nervösen, psychopathischen hysterischen Konstitution. Das Leben kann solche Anlagen verstärken oder abschwächen, ausnahmsweise sie sogar erst hervorrufen." Und dann weiter: „Halten wir fest: eine hysterische Reaktion ist eine psychogene, meist körperliche, nicht selten aber auch rein psychische Störung, bei der ein abnormer Seelenzustand einer labilen Persönlichkeit einen (mehr oder weniger bewußten) Krankheitswunsch in körperliche oder seelische Symptome umsetzt. Der Kranke vollzieht eine „Flucht in die Krankheit". Die Symptome haben den Sinn, das Verstehen des Leidens zu beweisen; sie haben den Zweck, aus diesen so erzielten Leiden einen Vorteil zu ziehen". Abgesehen von dem sehr zweifelhaften wissenschaftlichen Wert solcher Begriffsbildungen, wie „Unterform seelischer Entartung", „disharmonische Trieb-, Gefühls- und Willensstruktur", „labile Persönlichkeit" usw., muß auch die Berechtigung dieses strengen Auseinanderhaltens von „hysterischem Charakter", als Grundlage und Nährboden und der „hysterischen Wunschmechanismen" nicht minder zweifelhaft erscheinen. Denn, wie die Psychoanalyse und die hier angeführten Tatsachen ganz sicher beweisen, liegen beiden dieselben Vorgänge im Ubw und „Mechanismen" zugrunde. Vollkommen unrichtig ist aber die Behauptung, daß die Wunschmechanismen und die aus ihnen entstandenen Symptome nur teleologisch zu verstehen sind und nur den S i n n haben sollen, „das Bestehen einer Krankheit zu beweisen", und nur den Z w e c k, „aus diesem so erwiesenen Leiden den Vorteil zu ziehen".[16]

15) G a u p p : Die medizinische Welt, Nr. 44, 1932. Zur Lehre von den Neurosen.

16) Siehe G a u p p : Die medizinische Welt, Nr. 45, November 1932.

Die Oberflächlichkeit dieser „teleologischen" Auffassung der „Flucht in die Krankheit" hat Freud (von dem übrigens dieser Terminus auch stammt) treffend durch den Vergleich mit dem unfehlbaren „Instinkt" des Pferdes gekennzeichnet, das aus Angst vor dem Löwen sich in den Abgrund stürzt.[17] Eine größere Bedeutung gewinnt aber die theoretische Begründung dieser Teleologie. So wird gesagt: „Die Gesetze von Ursache und Wirkung gelten unbestritten und lückenlos in der anorganischen Welt; in der organischen Welt wird ihre Allgemeingültigkeit bestritten, in der seelischen Welt als unzureichend empfunden. Im Reich des Lebendigen setzt die moderne Forschung den Zweckgedanken neben die rein kausale Betrachtung. Mit dieser teleologischen Denkweise entsteht die Aufgabe, das lebendige Geschehen nicht bloß zu beschreiben und kausal zu erklären, sondern auch — nach einem Wort von Dilthey — zu verstehen. Organische Form und lebendige Bewegung haben Sinn und Zweck. Diese gilt es, einfühlend zu erfassen und zu deuten."[18]

Es wäre eigentlich gegen das Nebeneinander dieser beiden Auffassungen gar nichts einzuwenden, wenn nicht in der praktischen Anwendung die kausale Betrachtungsweise durch die „verstehende" einfach ersetzt würde — wie die oben angeführte Auffassung des Sinnes und des Zweckes der Hysterie beweist. Die Zeit ist noch nicht lange her, als man „psychisch" und „bewußt" gleichgesetzt hat und das unbewußte Seelenleben, zugleich aber auch die Gültigkeit des Kausalgesetzes für das Psychische verneinte. Die Psychoanalyse hat viel gegen diese Auffassung gekämpft und trotz starker Widerstände — nicht ohne Erfolg. Jetzt kommt die moderne teleologische, „verstehende" Auffassung des psychischen Geschehens und wird für viele, wenn nicht für alle ihre Anhänger, zu einem mehr oder weniger verkleideten Rückfall in die alte Sünde der Bewußtseinspsychologie. Denn die teleologische Zweckeinstellung des Denkens oder richtiger — das zielgerichtete Denken ist eine Eigentümlichkeit nur des bewußten Denkens, im Gegensatz zum unbewußten Denken, dem jede Zweckeinstellung fehlt. Die „verstehende" teleologische Psychologie kann also nur für die bewußten oder vorbewußten Denkvorgänge Geltung haben. Diese teleologische Auffassung der psychischen Vorgänge führt notwendigerweise letzten Endes zur Verneinung des unbe-

17) Siehe Freud: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Schr., Bd. VII.

18) Gaupp: Zur Lehre von den Neurosen. Die medizin. Welt, Nr. 44, 1932.

wußten Seelenlebens. Zugleich sind bei der „verstehenden" Einfühlung und teleologischen Deutung Möglichkeiten gegeben, nicht nur zu einer subjektiven Auffassung und Rationalisierung der Seelenvorgänge des anderen, sondern auch zur Projektion der eigenen Seelenzustände auf ein fremdes Ich. Das beste Beispiel dafür ist A. Adler und seine individualpsychologische Schule. Auch die oben erwähnte moderne teleologische Auffassung des Sinnes und Zweckes der hysterischen Symptome und Krankheitserscheinungen bedeuten tatsächlich zugleich einen vollen Verzicht auf die von der psychoanalytischen Forschung aufgedeckten kausalen Zusammenhänge und unbewußten Vorgänge bei der Hysterie.

Die zielgerichtete Denktätigkeit ist, wie gesagt, eine Eigentümlichkeit des Bw-Systems, das mit der zusammenfassenden vereinigenden Funktion des Ichs auf engste verbunden ist. Der zielgerichteten Einstellung des Ichs entsprechend, werden die bewußt wahrgenommenen Symptome und Krankheitserscheinungen von ihm im Sinne der gegebenen Realität sekundär verarbeitet und umgedeutet oder rationalisiert. Dadurch wird eine psychologische Verbindung zwischen der Realität und dem Symptom hergestellt und das letzte bekommt seitens des Ichs noch neue, wenn auch meistens nicht klar bewußte Tendenzen, die aber für sich allein, ohne ihre unbewußten Wurzeln, nie zur Symptombildung führen könnten. Das ist einer der Gründe, weshalb der Kranke auch auf Erscheinungen der Gegenwart mit Produktion von Symptomen reagieren kann. So geschieht es auch mit den hysterischen Anfällen, die als eine Reaktion auf eine reale Situation der Gegenwart plötzlich auftreten können, obgleich sie nur eine Wiederholung eines Erlebnisses aus der Vergangenheit darstellen. Auch die psychoanalytische Behandlung selbst schafft solch eine begünstigende Situation. So ist das hier geschilderte tägliche wie absichtliche Auftreten der Anfälle während der analytischen Sitzung eine Reaktion auf die gegenwärtige sogenannte „psychoanalytische Situation". Besonders muß noch eine zielgerichtete Tendenz erwähnt werden, die bei der neurotischen Symptombildung häufig eine große, manchmal sogar eine ausschlaggebende Bedeutung hat, nämlich die Tendenz, dem Strafbedürfnis des Über-Ichs zu entsprechen.

Nun entsteht aber eine wichtige Frage: wodurch wird diese Reaktionsweise auf eine reale Situation, wie z. B. auf die Behandlung, mit hysterischen Anfällen und anderen Krankheitssymptomen zu antworten, ermöglicht? Welches sind die Mittel und Wege, deren sich die symptombildenden Vorgänge zu diesem Zwecke bedienen? Die Psychoanalyse deckt sie auf und zeigt, daß sie von dem Ubw-System des „Es" stammen, nämlich in Form von Affektübertragung.

Der Kranke kann nur dann mit Krankheitssymptomen auf eine gegenwärtige reale Situation reagieren, wenn er zu den Objekten dieser Situation in einer Übertragungsbeziehung steht. Durch die Übertragungssituation mobil gewordene, im Es fixierte Affekte erwerben, weil sie selbst Regressionen sind, auch den psychischen Mechanismus (keine Wunschmechanismen!) der Regression von den Erinnerungsspuren zu den Erlebnissen der Vergangenheit, welche einerseits zur Symptombildung führen und anderseits gesteigert, in Form von Anfällen, zum Wiedererleben kommen. Die hier geschilderte systematische Analyse reihenweise täglich auftretender Anfälle ist nur durch die Übertragung möglich geworden.

Auch der oben geschilderte Zustand der Patientin A. während ihres zweimonatigen Aufenthaltes im Krankenhaus ist ein Produkt der Übertragung. Der Zustand kam zum Ausbruch im Anschluß an eine Autofahrt, während der die Patientin Angst bekam, weil sie der Geschicklichkeit des am Steuer sitzenden Mannes nicht vertraute. Sie bat ihn, langsam zu fahren, er hielt aber ihre Befürchtungen für grundlos und fuhr im üblichen Tempo weiter. Dadurch wurde für die Patientin dieselbe angstvolle Zwangssituation hergestellt wie beim Rattenerlebnis in der Kindheit. Das wurde noch dadurch besonders begünstigt, daß die Übertragung vom Vater auf den Mann schon früher durch viele Motive und Erlebnisse der Gegenwart hergestellt war. „Der Krankheitsgewinn", „die Flucht in die Krankheit" aus der konfliktreichen, leidvollen realen Gegenwart kamen hinzu, aber sie könnten höchstens das Festhalten an dem schon bestehenden Krankheitszustand begünstigen, nicht dessen letzte Ursache und schöpferische Quelle sein.

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

In dieser Rubrik erscheinen die Beiträge in der Reihenfolge ihres Einlaufes bei der Redaktion.

EITSINN UND TRAUM

Von Alfred Groß (Mailand)

Im Traum einer Patientin stehen an einem Abhang mehrere kleine Knaben, in verschiedener Höhe des Abhangs. Unter den Traumerregern dominiert ne bestimmte vaginale Sensation, deren Auftauchen bei dieser Patientin mich us dem Zusammenhange der Analyse) zur Deutung nötigt, daß die am Abng stehenden Knaben das Heruntergleiten des Glieds in der heide versinnbildlichen.

Ich versuche, das Phänomen dadurch zu erklären, daß die Träumerin den raum in einem frühen Stadium der Sekundärbearbeitung erfaßt hat: Es ist ch nicht das — im Ubw nicht vorhandene — Zeitmoment hineinarbeitet, vielmehr stehen — zum Ausdruck der erstrebten lustvollen Begungssituation — die Knaben (anstatt eines einzigen) an verschiedenen ellen des Berghanges, wie ein Filmstreifen, der denselben Gegenstand in ehreren aufeinanderfolgenden (vielmehr für den Beschauer folgen sollen- n) Zuständen zeigt. Es zeigt also der Traum hier eine primitive Erlebnisufe, in der der Zeitsinn fehlt — und mit ihm die Aufeinanderfolge von Zuinden, das heißt: — die Bewegung.

Der Vergleich mit dem Filmstreifen (zu dem der Traum der Patientin radezu herausforderte) erinnert an den Bau unseres Auges, welches ja gar ht in der Lage ist, „Bewegungen" zu sehen, sondern nur Zustände, und ar in begrenzt schneller Aufeinanderfolge. Daß wir die schnell aufeinandergenden Zustände eines Objekts zum Erlebnis einer „Bewegung" verbinden, ein sekundärer Vorgang gegenüber dem primären optischen Akt: das Aufmen von Bildern auf der Netzhaut. Ein sekundärer Vorgang gegenüber n Sinnesakt, und somit wohl eine „höhere" psychische Leistung als dieser.

Der Traum hat — nach Freud — den Schlaf zu schützen. Offenbar ist

letzterer ein Zustand, in dem neben anderen Leistungen des WBv auch diejenige wegfällt, vermöge deren wir uns das Erlebnis (fast hätte ich gesagt: „die Illusion") der Bewegung verschaffen. Ist uns das neu? — Keineswegs! Denn wir wissen ja, das Ubw ist „zeitlos", und ohne den Zeitsinn ist uns das Bewegungserlebnis bekanntlich versagt. Wo also Zeitlosigkeit herrscht, wie im Ubw, wie — vielleicht — im Schlafe, müsse sich Bewegung auflösen in ein Nebeneinander von Zustandsbildern (Filmstreifen), — so könnte man folgern. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß die „Zeitlosigkeit" des Ubw ein empirischer Fund ist, dessen Bedingungen noch problematisch sind.

ERFOLGREICHE BEHANDLUNG EINER SCHWEREN, MULTIPLEN KONVERSIONSHYSTERIE DURCH KATHARSIS

Vortrag von Emil Simonson (Berlin-Halensee),

gehalten in der Deutschen psychoanalytischen Gesellschaft am 13. Dezember 1932.

In der Allgemeinpraxis wurde ich im November 1926 zu einer 58jährigen Portiersfrau wegen angeblichen Schlaganfalles mit Lähmungen der linken Körperhälfte, starken Schmerzen, besonders im Arm und der Herzgegend, Blindheit und Verlust des Geruchssinnes gerufen. Die Untersuchung ließ alle Erscheinungen als hysterische Konversionen erkennen. Da die unerträglich schmerzhaften Paraesthesien sofortiges Eingreifen verlangten, versetzte ich sie in tiefe Hypnose, was leicht gelang, zunächst nur zwecks suggestiver Beeinflussung. Dadurch konnten die Schmerzen, die Amaurose und der Geruchsverlust in der ersten Woche beseitigt werden, allerdings unter Neigung zu Rezidiven. Einerseits die Empfänglichkeit für tiefe Hypnose, anderseits die aus dem Lebensalter und dem niedrigen Bildungsgrade der Patientin sich ergebende Unmöglichkeit einer Psychoanalyse bewogen mich zu dem Versuch einer Katharsis nach dem alten Breuer-Freudschen Muster. Hierbei kam im Laufe des nächsten halben Jahres eine ungeheure Anzahl von Erlebnissen und eingeklemmten Affekten zum Vorschein, die ganz wie bei der alten Katharsis mimisch und dramatisch dargestellt wurden und von der Gegenwart bis in die frühe Kinderzeit zurückreichten. Z. B. wurde ein 53 Jahre zurückliegender Ödipustraum aus dem sechsten Lebensjahre neu erlebt. Eine zehn Jahre zurückliegende Erfrierung beider Unterschenkel wurde für einen aktuellen Zweck reproduziert.

Das Besondere des Falles liegt aber darin, daß es nicht, wie bei der alten Katharsis, bei einer kaleidoskopartigen Aneinanderreihung von Erlebnissen mit dem Ergebnis der Beseitigung von Symptomen sein Bewenden hatte, sondern

daß das Verfahren durch Benutzung der durch die Psychoanalyse gewonnenen Erkenntnisse weit mehr in die Tiefe führte. Die Frau arbeitet seit sechs Jahren wieder. Durch Aufdeckung der infantilen Situation und Ermittlung des aktuellen Konfliktes konnte ein Verlauf erzielt werden, der dem einer klassischen Psychoanalyse sich bemerkenswert näherte, zumal ein vorsichtiges aktives Eingreifen bei diesem Verfahren weniger gefährlich ist als bei der klassischen Psychoanalyse.

Bemerkenswert sind auch die mehrfachen Träume, durch die das Unbewußte einen Tag vorher das Programm der nächsten kathartischen Sitzung gewissermaßen festlegt. Hitschmann hat schon 1919 einen solchen Fall berichtet („Über eine im Traume angekündigte Reminiszenz an ein sexuelles Jugenderlebnis"). Nicht häufig wird sich auch in der Literatur eine solche Wirkung des Wiederholungszwanges finden, daß eine Frau zweimal in ihrem Leben einen ungeliebten Mann heiratet, nur weil die Angehörigen dagegen sind.

Die Schuldgefühle gegen den Vater bewirkten, daß sie nach dem jus talionis von ihm durch dieselben Leiden, an denen er gestorben war (linke Körperseite), bestraft werden muß, um dann nach der Sühne im Tode wieder mit ihm vereint zu sein.

Das ist keine Psychoanalyse, aber in geeigneten Fällen, in denen Psychoanalyse aus inneren oder äußeren Gründen nicht möglich ist, können wir durch Zuhilfenahme der in den letzten 40 Jahren erworbenen psychoanalytischen Einsichten mehr erreichen als durch die damalige Katharsis. Das gilt auch besonders in Fällen wie dem vorliegenden, in dem ein Ich schnellste Hilfe und ein Über-Ich (Krankenkasse) möglichste Beschleunigung verlangt.

ZUR METAPSYCHOLOGIE DES MASOCHISMUS

Vortrag von Ludwig Eidelberg (Wien),

gehalten im Technischen Seminar des Wiener psychoanalytischen Ambulatoriums am 1. Februar 1933.

Bei einem 30jährigen Patienten finden wir als Äußerungen seiner masochistischen Perversion auf dem Liebesgebiete: den Sexualverkehr mit besonders schmutzigen Prostituierten, wobei außer dem Koitus Beschmutzungen und Schläge auf den Penis stattfinden; bei hübschen Mädchen wird kein Sexualverkehr ausgeübt. Im Berufe erleidet Patient diverse Erniedrigungen von seinen Vorgesetzten, seine Arbeit ist eintönig, seine Fähigkeiten werden nicht ausgenützt. Dieser Zustand wird vom Patienten geduldig und ohne jede Abwehr ertragen. Daß es sich um ein Erleiden handelt, ist ihm bewußt, er weiß,

daß andere Menschen ein anderes, glückliches Leben führen. In der Analyse gelingt es dem Patienten zu beweisen, daß dieses Leid nicht, wie er behauptet, ohne sein Zutun über ihn von der Außenwelt verhängt wurde, sondern daß er selbst durch sein Benehmen dieses Leid provoziert hat. Nur dieses selbsterzeugte Leid wurde von ihm genossen, während das reale sorgfältig gemieden wurde. Den Mechanismus, der dem Patienten erlaubt, äußere Versagungen unschädlich zu machen, indem er statt sie passiv zu ertragen, selbst aktiv welche schafft, nenne ich den „masochistischen Mechanismus". Durch Bewußtmachen und langes Durcharbeiten dieses Mechanismus wird seine Wirkung gelähmt. Offenbar konnten selbsterzeugte Niederlagen an Stelle der realen nur unter der Bedingung gesetzt werden, daß sie dem Bewußtsein des Patienten als reale erscheinen. Dieser „masochistische Mechanismus" ist metapsychologisch den bereits bekannten Mechanismen wie Projektion, Konversion, Introjektion und Reaktionsbildung gleichzusetzen. Ich konnte diesen Mechanismus bei einigen Patienten beobachten; ob er bei allen Masochisten vorliegt oder nur bei einer Gruppe, wird erst auf Grund von Analysen zahlreicher Fälle entschieden werden können.

DIE VIER FRONGESETZE DER ZWANGSNEUROSE

Vortrag von Paul Federn (Wien),

gehalten in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung im Juni 1931.

Vorbemerkung: Daß ein psychischer Akt gegen den Willen des Individuums einfällt und ihm fremd und überraschend erscheint, ja von ihm abgelehnt wird, erschöpft nicht das Wesen des Zwanges (das kann triebhaft, gewohnheitsmäßig, automatisch, unabsichtlich, auch ticartig oder hysterisch geschehen sein). Der Zwang ist zu charakterisieren als eine vom Ich zwar nicht gebilligte, aber doch als ichzugehörig akzeptierte, wenn auch vom Ich als aufgezwungen gefühlte Leistung. Daß der Zwang eine Leistung ist, ist wesentlich und gilt auch für die einfachste Zwangsvorstellung, die eine Denkleistung, nicht eine bloße, passiv erlebte Denkphase ist. Eine Halluzination ist, obgleich aufgedrungen, kein Zwangssymptom.

Da der Zwang eine Leistung ist, muß die Leistung gelingen, damit der Zwang erledigt sei.

Jede Leistung hat bestimmte Bedingungen zu erfüllen, um zu gelingen. Diese Bedingungen sind in jedem Falle verschieden, hängen vom Inhalt des

Zwanges ab; alle diese Bedingungen haben aber gemeinsam, daß sie sich auf die Art des Vorganges der Leistung beziehen. Dieses Gemeinsame sind die Gesetze des Zwanges. Es sind die Frongesetze, die der Zwangsneurotiker bei jedem Zwange erfüllen muß, um von der ihm auferlegten Leistung für einige Zeit befreit zu werden. Gelingt ihm die Erfüllung des durch diese Bedingungen erschwerten Zwanges nicht, so wird aus dem Einzelzwang ein Dauerzwang. Wir können zwei Arten des Dauerzwanges unterscheiden: das von Freud beschriebene „Zwangsdelir", in welchem immer neue inhaltliche Aufgaben mit fortdauernden formalen Bedingungen auferlegt werden, und den gleichsam strafweise vervielfachten Zwang, wofür Waschzwänge ein häufiges Beispiel sind. Es können auch Einzelzwänge so oft und leicht ausgelöst werden, daß sie einem Dauerzwang gleichen. Es ist aber wahrscheinlich, daß alle Zwänge als Einzelzwang beginnen und erst, weil sie nicht genügend gelungen sind, zu Dauerzwängen werden. Das würde z. B. bedeuten, daß selbst der einfache Zwang, etwa eine bestimmte Zahl mehrmals zu wiederholen, nicht der erste Keim dieser Art Zwänge ist, sondern dadurch zustande kam, daß es zuerst nicht gelang, es einmal richtig zwangsgemäß zu tun. Eine Ausnahme von dieser Regel besteht scheinbar für die dreimalige Wiederholung, welche als primäre Zwangsaufgabe so häufig auftritt. In Wirklichkeit ist aber auch diese Wiederholung die Folge davon, daß zwischen zwei ambivalent empfundenen Entscheidungen doch eine gewählt wurde, aber nur um den Preis, daß die erste Handlung noch nicht endgültig gilt, die zweite an Stelle der entgegengesetzten treten muß und dann die dritte erst den Zweifel endgültig erledigt. Wir sehen an diesem Beispiel, daß die Wiederholung von Zwangsleistungen diesseits und nicht jenseits des Lustprinzips erfolgt, also nicht durch das Wiederholungsprinzip erklärt werden darf. Das gilt für alle Dauerzwänge und zwanghafte Wiederholungen. Deshalb hätte die Bezeichnung „Wiederholungsprinzip" oder „Trägheitsprinzip" manchen Vorteil vor dem von Freud gewählten Terminus „Wiederholungszwang", zumal „Zwang" schon allgemein für „dem Ich sich aufdrängende" Vorgänge gebraucht wird.

Wir wollen die vier Gesetze nennen:

1. Erfüllung der Determinierungen, das ist inhaltliche Exaktheit.

2. Freiheit von inhaltlichen Ablenkungen, das ist gelungene Isolierung.

3. Gebot des einheitlichen Affekts: Freiheit von Zweifel, Gegenwillen, Furcht oder libidinöser Besetzung.

4. Gebot der Beteiligtheit des ganzen Ichs, d. h. ganz dabei sein.

Alle diese Gebote betreffen sowohl den ganzen Zwang als auch seine ein-

zelnen, oft zweizeitig einander widersprechenden Teile. Der ganze Zwang muß wiederholt werden, wenn auch nur ein Teil in bezug auf eines der Gesetze mißlang. Die einzelnen Bedingungen in bezug auf Inhalt, Affektlage und Isolierung stehen untereinander in einer Rangordnung, die bei verschiedenen Kranken verschieden ist. Ist z. B. das inhaltliche Gebot der vorgeschriebenen Zahl das Wichtigste, dann muß der Gesamtzwang, so oft dieser Zahlbefehl es vorschreibt, wiederholt werden, auch wenn eine andere Bedingung bei einem Zwangteil verletzt wurde. Das oberste Gebot scheint aber meistens das vierte zu sein, obgleich gerade dieses dem Kranken nicht bewußt und bekannt ist. Der Kranke meint nur, er sei nicht befriedigt gewesen und müsse den Zwang wiederholen.

Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzen:

Zu 1.: Die inhaltliche Richtigkeit verlangt nicht nur das vorschriftsgemäße Ausführen der Zwangshandlung oder das vorschriftsmäßige gedankliche Durchführen der Zwangsaufgabe; es sind dabei auch ökonomische Vorschriften zu erfüllen, die sich auf die Verteilung der Wichtigkeit auf die einzelnen Phasen des Zwanges beziehn. Ich sollte das eigentlich als besonderes, fünftes Gesetz formulieren, weil wir auch sonst den inhaltlichen vom ökonomischen Gehalt zu trennen pflegen. Anderseits ist aber Inhalt und Wichtigkeit desselben genetisch so eng verknüpft, daß sie immer zusammen erklärt werden müssen. Der ökonomische Index beeinflußt besonders das Tempo und den Schwung der einzelnen Zwangshandlungen.

Zur inhaltlichen Exaktheit gehört auch die Berücksichtigung aller Möglichkeiten bei der Ausführung des Zwanges. Überhaupt verhält sich der Zwangsneurotiker zur Möglichkeit und Wirklichkeit ganz anders als der Normale. Das bloß Mögliche schaltet dieser aus der gedanklichen Erledigung oder den Gründen der Entscheidung aus und muß erst durch Erfahrung lernen, daß das gefährlich werden kann. Der Normale hat genug damit zu tun, dem Wirklichen zu begegnen. Jedenfalls ist die Kategorie der Wirklichkeit von der Möglichkeit für den Normalen selbstverständlich und sicher unterscheidbar. Er wird je nach der Wirklichkeit entscheiden und gegen bloß eventuelle Wirklichkeiten und nach Regeln der Klugheit vorbeugen.

Hingegen bleibt die Wirklichkeit eines Eindrucks oder einer Handlung für den Zwangsneurotiker im Gebiete des Zwanges sehr zweifelhaft; anderseits könnte das nur Mögliche doch wirklich sein. Nur die völlig exakte Befolgung der Zwangsregeln erspart solche Zweifel; jedes Abweichen gibt Grund zu neuen Zweifeln und Zwängen.

Theoretisch ist diese Übermacht der Möglichkeit sehr interessant. Sie fußt auf der Regression zur magischen Welterfassung. Auf magischem Wege kann alles, was möglich wäre, auch Wirksamkeit haben. Es muß daher als Wirklichkeit behandelt werden und im Zwange, dieser magischen Antwort, seine Berücksichtigung finden.

Zu den Gesetzen 2 und 3: Diese können auch zusammengefaßt werden in das eine innere Gebot, den Zwang ohne Ablenkung inhaltlicher und affektiver Art auszuführen. Um dies zu erleichtern, werden die Zwänge immer mehr der besonderen Inhalte beraubt und von Affekt entleert. Das erste Gebot, das der exakten Durchführung, widerspricht aber dieser Tendenz. Jede Erleichterung ist ein Wagnis und gelingt meistens nur auf Kosten des sonstigen Aktionsradius der Persönlichkeit; d. h. aktuelle Quellen möglichen Schuldgefühls werden immer mehr vermieden, dann erst kann versucht werden, die Zwangsrituale zu vereinfachen und zu typisieren.

Alle solchen sekundären Bearbeitungen der ursprünglichen Zwänge lassen als das Wesentliche unangetastet, daß ein inneres Bedürfnis nach Befreiung vom Druck des Zwanges besteht und nur bei Befolgung der Gesetze schwindet. Über die Richtigkeit dieser Befolgung — also als Fronvogt, um das Gleichnis fortzusetzen — wacht aber nicht das Über-Ich, sondern der Signalapparat der Angst des Ichs. Dieser Signalapparat wird von subtilen Verletzungen der Zwangsbedingungen schon ausgelöst, der Zwang wird abgebrochen und gleich oder unter Gewährung eines Aufschubs von vorne angefangen. Wiederholte Störungen können zu einer Zwangspanik führen, aus der oft nur eine Begnadigung durch eine andere Person befreien kann. Es ist nämlich die Regel, daß der Zwangsneurotiker, so wie es Freud vom Rattenmann berichtet, eine Instanz außer sich zu gewinnen trachtet, welcher er die Autorität einräumt, ihn von Zweifelangst und Zwangspanik zu befreien. Dem Analytiker wird vom Patienten diese Rolle nach Möglichkeit übertragen.

Zu 4.: Schon die zwei ersten Regeln widersprechen einander und sind deshalb schwer zu erfüllen, denn die Exaktheit verlangt Aufmerksamkeit, und dem Aufmerksamen fällt leicht auch das andere ein. Ein Ausweg daraus wäre, den Zwang zum Automatismus werden zu lassen, worauf Landauer hingewiesen hat. Diese Möglichkeit untersagt die Verpflichtetheit des Zwangsneurotikers, ganz mit seinem Ich dabei gewesen zu sein. Erst wenn er das „Wissen" davon hat, daß er die Zwänge mit ungeteilter voller Hingabe erfüllt hat, ist sein „Gewissen" beruhigt und es tritt ein zwangfreies Intervall ein. Beim Gesunden erfolgt die Zuwendung des Ichgefühls gleichzeitig mit

der Aufmerksamkeit, ohne aber zwangsweise sich auf die ganze Ichgrenze erstrecken zu müssen. Der Zwangsneurotiker muß ganz dabei sein und vermeidet doch dabei, allzu aufmerksam zu sein, damit er nicht abgelenkt werde. So entsteht ein gequältes Ringen zwischen beiden Tendenzen, zwischen Konzentration und vager Ausführung. Die Konzentration muß aber an allen Punkten vollkommen sein, wo inhaltlich eine Ablenkung möglich würde. Im Verlauf einer lange dauernden Zwangsneurose werden Teile des Zwangs verwischt, verschleiert oder die Übergänge der zweizeitigen Zwänge abgerundet und unübersichtlich gemacht, das Ich des Kranken scheint mit dem Symptom zu spielen — all das hat aber die Aufgabe, einem Bedürfnis nach richtiger Verteilung der Besetzungen gerecht zu werden und ist nur möglich, wenn die Vorschrift, daß das Ich ungeteilt dabei ist, ständig befolgt wird. An die Verletzung dieses Gebotes knüpfen sich die größten Zweifel, auch wenn so viele Kautelen den Zwang kompliziert haben, daß inhaltlich seine Erfüllung gelingen muß. Anderseits darf ein Zwang nur dann vorläufig in abgekürztem Ausmaß erledigt werden, wenn die Ichbesetzung besonders intensiv dabei ist.

Die ökonomische Genauigkeit betrifft besonders das Bedürfnis nach Ungeschehenmachen eines Fehlers im Zwangsritual. Man könnte daraus noch ein f ü n f t e s Frongesetz formulieren. Wenn der Zwang einer Störung unterlag und doch fortgesetzt wird, so muß diese Störung inhaltlich und ökonomisch in völlig symmetrischer Umkehrung, wie an einem Ariadnefaden im Labyrinth der Assoziation und Impulse, zurückgegangen werden, ein Musterbeispiel des magischen Ungeschehenmachens, das F r e u d als die eine Aufgabe des Zwanges aufdeckte.

Als s e c h s t e s Frongesetz kann die schon erwähnte Notwendigkeit gelten, jeden Zwang als ein Ganzes zu beurteilen und auszuführen. Das fünfte ist dann eine — allerdings sehr schwer zu benützende — Ausnahmebestimmung des sechsten Gesetzes.

ZUR THEORIE UND KLINIK DER PERVERSION

Vortrag von Ludwig Eidelberg (Wien),

gehalten in der Wiener psychoanalytischen Vereinigung am 5. April 1933.

1. Das Problem der Bejahung des perversen Partialtriebes durch das Ich des Perversen erscheint durch die bisherigen Formulierungen nicht befriedigend gelöst.

2. Bei den mitgeteilten Fällen (Masochismus und männliche Homosexualität) zeigt die Analyse, daß das Bejahen einer perversen Handlung nicht eine Bejahung der bei Neurosen abgewehrten Partialtriebe bedeutet. Das was bejaht wird — die perverse Handlung —, ist nicht mit dem Partialtrieb identisch; sie bedeutet nicht eine einfache Bejahung desselben. Es zeigt sich vielmehr, daß der Partialtrieb eine weitgehende Veränderung und Maskierung erfahren muß, um durch die perverse Handlung befriedigt zu werden. Diese Maskierung ist durch die Abwehr des Ichs des Perversen bedingt, das sich gegen eine Befriedigung eines Partialtriebes genau so energisch wehrt wie das Ich eines Neurotikers.

3. So ist die perverse Handlung, ähnlich wie ein neurotisches Symptom, das Ergebnis eines Konfliktes zwischen Ich und Es. Sie bedeutet ein Kompromiß und enthält in sich sowohl Momente der Triebbefriedigung als auch der Triebversagung. Gleichzeitig befriedigt sie die Forderungen des Über-Ichs. Ähnlich wie beim Symptom erfolgt die Triebbefriedigung in maskierter Form, ihr wahrer Inhalt bleibt unbewußt. Sie unterscheidet sich vom neurotischen Symptom erstens durch die Art der Befriedigung der Es-Strebung, die hier im Orgasmus erfolgt, zweitens durch eine weitgehende Berücksichtigung der Allmachtswünsche des Ichs durch eine willkürliche ichgerechte Handlung.

4. Perverse und Neurotiker wehren also den Partialtrieb ab. Der Unterschied zwischen beiden besteht nicht in der Bejahung, bezw. der Abwehr eines Partialtriebes, sondern in dem Verhalten des Ichs zu den Abwehrmechanismen. Während aber in jeder Neurose das Ich das Symptom, das ein Ergebnis seiner Abwehr ist, als Fremdkörper betrachtet und in allerdings quantitativ verschiedenem Ausmaße verneint, wird in der Perversion die perverse Handlung, die ebenfalls ein Ergebnis der Abwehr des Ichs ist, von dem Ich bejaht.

5. Dieser Unterschied im Verhalten des Ichs ist dadurch bedingt, daß bei der Bildung der perversen Handlung der kindliche Größenwahn des Ichs in weit größerem Ausmaße berücksichtigt wird als beim neurotischen Symptom.

6. Für die Genese der Perversion wie auch der anderen psychischen Erkrankungen müssen ferner zwei Momente berücksichtigt werden, die Art der Regression auf eine der drei Entwicklungsstufen und die jeweilige Zugehörigkeit zu einem der drei libidinösen Typen.

MUTTERSCHAFT UND BISEXUALITÄT

Vortrag von Fritz Wittels (New York),

gehalten in der psa. Vereinigung in Chikago am 27. Januar 1933.

Im Anschluß an eine kurze Mitteilung im Almanach der Psychoanalyse 1933 („Das Überich in der Geschlechtsentscheidung") wird an Hand von vier analysierten Fällen der Nachweis versucht, daß Freuds Gleichung (Kind = Penis) von gewissen maskulinen Frauen dahin erlebt wird, als wären sie nun wirklich männlich geworden. Sie verlieren während ihrer Schwangerschaft und im Besitze von Kindern das sexuelle Interesse an Männern, werden manchmal manifest lesbisch, häufig die lesbische Tendenz auf das Kind übertragend. Dieses Kind ist gelegentlich gar nicht wirklich das eigene Kind, sondern illusioniert. Sie betrachten Schwangerschaft — paradox genug — als eine männliche Leistung.

MONA LISA UND WEIBLICHE SCHÖNHEIT

Vortrag von Fritz Wittels (New York),

gehalten im Freud-Seminar der New School for Social Research in New York am 10. Februar 1933.

Ausgehend von Freuds Studie über Lionardo da Vinci wird der phallische Charakter des berühmten Lächelns deduziert. Um diesen Gedanken zu erhärten, werden Resultate aus den Analysen von drei auffallend schönen Frauen mitgeteilt, aus denen hervorzugehen scheint, daß Schönheit in manchen Fällen als Konversionssymptom aufgefaßt werden muß, das den Willen, maskulin zu sein, gleichzeitig verdeckt und manifestiert.

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete

Braatöy, Trygve: **Die psychoanalytische Methode.** Beitrag zu der methodologischen Problematik in der Psychologie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 139, 2.

Die Arbeit enthält eine bemerkenswerte methodologische Apologie der psychoanalytischen Technik. Der Autor geht von der speziellen Frage aus, ob es wissenschaftlich korrekter wäre, die Äußerungen analytischer Patienten, bezw. Versuchspersonen mitzustenographieren, die er im Sinne von Freud verneint. Ein Mitschreiben errege nicht nur in der Seele des Patienten unnötige Widerstände, behindere nicht nur die Aufmerksamkeit des Analytikers, den es zwinge, eine unerwünschte Auswahl unter den Worten des Patienten zu treffen, sondern es bedinge auch, daß alles Interesse sich in unerlaubter Weise nur den sprachlichen Äußerungen des Patienten zuwende, die keineswegs immer die wichtigsten seien. Mimik, Gebärden und Bewegungen aber könne man nicht vollständig registrieren. Tatsächlich begnüge sich aber auch keine Wissenschaft mit bloßem Registrieren. Registrieren ohne Deuten könne nirgends brauchbare Problemlösungen bringen: „Die Objektivität des Registrierungsapparats ist... gar nicht allein entscheidend, sondern das Entscheidende ist die Zentrierung des Registrierens, ob in bezug auf das Problem wesentliche oder unwesentliche Dinge notiert werden. In Verbindung mit... psychologischen Problemen ist... der objektive Apparat oft tendenziös, weil er wegen seiner konsequenten unbeeinflußbaren Objektivität wesentliche Phänomene ausschließt."

Die Richtigkeit dieses Standpunktes wird nun demonstriert am Beispiel eines Vergleiches der tierpsychologischen Experimente von Thorndike und Köhler. Jener registrierte exakt, aber er nahm in seine Versuchsordnung Vorurteile herein, die die Experimente wertlos, das Registrierte der Problemstellung gegenüber irrelevant machten. Dieser bringt in „kühner Vernachlässigung der sogenannten exakten Methode" zur Entscheidung der Fragen nach der Intelligenz der Tiere wirklich Relevantes. Am gleichen Beispiel läßt sich sehen, wie es mit dem Einwand bestellt ist, der nichtregistrierende Analytiker werde sich seines Materials nicht zuverlässig erinnern können: „Wir können jetzt einen prinzipiellen Standpunkt dem Erinnerungsproblem gegenüber einnehmen. Wenn wir an die Beschreibung der unruhig umherirrenden Hühner von dem Gitter (bei Experimenten von Köhler) zurückdenken, dann ist es einleuchtend, daß es unmöglich wäre, zu erinnern, daß eine Henne z. B. 17mal in der Richtung Ost-West flog, schneller gegen Ost als gegen West, mit n Schritten in der Minute gegen Osten

und mit p Schritten gegen Westen; nachher irrte sie in einer schiefen ellipsoiden Bewegung hin und her; die eine Achse der Ellipse lag in der Richtung Nord-Nord-Ost, die andere lag usw. usw....! Eine solche Detaillierung ist ohne sehr komplizierte Registrierungsapparate unmöglich zu erinnern oder wiederzugeben... Woran aber Köhler oder sonst jemand sich leicht erinnern kann, wenn man nur darauf eingestellt ist, ist die Bedeutung der Bewegungen in bezug auf das vorliegende Problem." Einordnung in Sinn und Ganzheit garantieren die Erinnerung. Die erst unverständlichen Äußerungen analytischer Patienten tauchen im Gedächtnis des Analytikers von selbst auf, sobald sie sich einem Zusammenhang einfügen lassen. Von hier rechtfertige sich die Forderung nach „gleichschwebender Aufmerksamkeit" des Analytikers, die nur bei einer gewissen identifizierenden Gegenübertragung möglich sei. Nur die Einfühlung in den Patienten bringe jenen Zusammenhang, jenen Sinn. Alles, was geäußert werde, müsse deshalb aus der momentanen analytischen Situation heraus verstanden werden. Das bedinge eine gewisse Einseitigkeit, ohne die man nicht analysieren könne, die aber störend werde, wenn sie von manchen Analytikern auch außerhalb der analytischen Stunden beibehalten werde: „Daß viele Analytiker diese Forderungen nicht erfüllen, sieht man oft als eine theoretische Gefahr, wenn sie sich außerhalb des Rahmens ihres eigentlichen Arbeitsgebietes betätigen und z. B. über soziologische Probleme schreiben. Sie gehen dann an die Probleme in einer Weise heran, als ob die Faktoren, die in der analytischen Situation ausschlaggebend sind, auch außerhalb dieser Situation von derselben problematischen Relevanz wären...."

Wir werden dem Autor sicher in seiner Zusammenfassung recht geben — und uns freuen, daß in neurologisch-psychiatrischer Umgebung, wo so oft die Psychoanalyse als „unexakt" „abgetan" wurde, solche Einsicht sich Bahn bricht —: „Da der Analytiker analysiert ist und prinzipiell keine distrahierenden Fixierungen (Registrierungsapparate oder ähnliches) in die Situation mitbringt, hat er die Möglichkeit, den Konfliktsituationen des Patienten zu jeder Zeit zu folgen, indem die Identifikation, seine eigene Analyse und sonstige technische Voraussetzungen ihm die Einsicht schaffen sollen, die dem Patienten dazu verhelfen, seine Konflikte zu artikulieren und dadurch auf dem bewußten (sozialen) Plan zu lösen."

O. Fenichel (Berlin)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Bretschneider: **Psychogene (»oneirogene«) Krankheitsbilder.** Arch. f. Kinderheilkunde, 98 Bd., S. 52, 1932.

Der Referent ist seit vielen Jahren bemüht, die reichen Erträgnisse der psychoanalytischen Forschung der Kinderheilkunde nutzbar zu machen. Man soll nicht verzagen: Der Verfasser bringt aus dem Kindersolbad Raffelberg, Mühlheim-Ruhr, eine Mitteilung über fünf Kinder in der Ausdrucksweise der Psychoanalyse, etwas oberflächlich zwar, aber ohne Freuds Namen auch nur in der Klammer zu nennen. Bei allen fünf Kindern soll die Erkrankung an das erste Erscheinen eines in der Tat immer sehr durchsichtigen, wiederkehrenden Traums angeknüpft haben. — Zwei Mädchen, 11½ und 11 Jahre alt, leiden an rezidivierenden Nabelkoliken (neurotisches Syndrom, von Friedjung beschrieben), Traum: Koitus- und Geburtsphantasie, in den Nabel verlegt (frühinfantil). — 12jähriger Knabe träumt von einer Defäkation, bei der er schließlich bis an den Bauch im Kot

sitzt. Folge: Hartnäckiges Ekzem des Gesäßes. — 13jähriges Mädchen träumt von einem Rauchfangkehrer, der ihren Rücken rhythmisch streicht. Folge: Kreuzschmerzen, „Ischias". — 12jähriger Knabe hat einen Geburtstraum. Folge: Asthmatische Anfälle. — Es ist sehr fraglich, ob die Dinge so einfach lagen, wie Bretschneider sie sieht. Daß er sie sieht und von ihnen berichtet, ist das Erfreuliche. Von der Behandlung wird nichts mitgeteilt.

J. Friedjung (Wien)

Dreikurs, Rudolf: **Das nervöse Symptom.** Wr. med. Wochenschrift. 1932

Eine auf Gemeinverständlichkeit angelegte Darstellung des Neurosenproblems, für den Laien wie für den nicht speziell unterrichteten Arzt bestimmt, final auf die Bewährung individualpsychologischer Anschauungen gerichtet. Es findet sich eine Anzahl von treffenden Bemerkungen und Hinweisen des psychotherapeutischen Praktikers, aber im ganzen scheint es fraglich, ob eine Darstellung wie diese gerade ihrem informativen Zweck gerecht wird. Die psychoanalytische Neurosenlehre findet eine nicht nur ganz unzulängliche, sondern auch arg entstellende Erwähnung. Da steht, daß „gerade von der Psychoanalyse gegenwärtig der stärkste Widerstand gegen das psychologische Verständnis nervöser Störungen ausgeht". Und wenn es vollends heißt, daß „wahrscheinlich alles, was der Mensch als triebhaft empfindet, nichts mit dem Triebleben, das wir aus der Tierwelt ableiten, zu tun hat, ... daß jede Triebhaftigkeit nur eine Auflehnung darstellt gegen Anforderungen der menschlichen Gemeinschaft ...", so beschwichtigt das jeden Gedanken an eine ernsthafte Auseinandersetzung.

O. Isakower (Wien)

Jacobsohn, L. J.: **Die Frigidität der Frau.** (Für Ärzte und Studierende.) Verlag: »Bildung«, Leningrad. (russisch)

Unter der Frigidität (dyspareunia) der Frau versteht der Verfasser eine partielle oder vollständige Anästhesie (bis Vaginismus einschließend) der Sexualität der Frau bei dem Geschlechtsverkehr („naturae frigidae", „femme de marbre", „femme de glace").

Die Frigidität der Frau, meint der Autor, führt zur Zerstörung des Familienlebens, hat also eine wichtige soziale Bedeutung und ist deshalb ein sehr großes Übel, dessen Bekämpfung von außerordentlicher Bedeutung ist. Die Ursachen der Frigidität sind oft somatisch, meistenteils aber haben sie, den Erfahrungen des Verfassers gemäß, einen psychogenen Ursprung und sind deshalb, seiner Meinung nach, mit psychotherapeutischen Mitteln zu bekämpfen. Außer anderen psychotherapeutischen Behandlungen der Frigidität wird von dem Verfasser auch die Psychoanalyse empfohlen, unter der Bedingung aber, daß sie sich mehr an die Realität halte (156). Die Monographie Stekels erscheint ihm künstlich, unreal. Dasselbe behauptet der Verfasser von Sadger (111).

Als Mittel der Bekämpfung der Frigidität wird von dem Autor die Schonung der jungen Frau bei dem ersten Geschlechtsverkehr empfohlen, das wichtigste Mittel der Bekämpfung des Übels ist aber ein anderes: die Einsicht des Mannes, daß die Frau ebenso ein Recht auf den Genuß (Lust) während des Geschlechtsaktes hat wie er selbst. „Der Orgasmus ist eine schöne Prämie der Natur für die Fortpflanzung aller Lebewesen" — dieser Worte Freuds, meint der Verfasser, sollen alle Ehemänner gedenken. Die Aufgabe der Männer, für die Lustgefühle der Frau bei Geschlechtsvorgängen zu sorgen, ist ein Mittel, die Frau zur Ehe zu erziehen, das Familienleben vor Zerstörung zu bewahren.

Als Prophylaktikum der Frigidität wird von dem Autor unter anderem die ratio-

nelle Erziehung der Mädchen im Sinne der sexuellen Aufklärung derselben durch die Eltern empfohlen. **F. Lowtzky (Berlin)**

Jacobsohn, L. J.: **Die Onanie beim Mann und bei der Frau.** (Für Ärzte und Studierende). Akademischer Verlag, Leningrad (russisch)

„Die Onanie beim Mann und bei der Frau" ist eine umfassende Arbeit, die eine erschöpfende Darstellung der verschiedenen Onanieformen bei verschiedenen Völkern in verschiedenen Zeitaltern gibt: die Onanie beim Säugling, bei Jugendlichen, bei Erwachsenen (beim Mann so wie bei der Frau) und die Onanie im vorgeschrittenen Alter; die Verbreitung derselben bei Tieren, bei Primitiven und bei Kulturvölkern, im Mittelalter und in der Gegenwart. Eingehend werden die Folgen der Onanie, ihr Einfluß auf das Organische, besonders auf das Psychische, die Prophylaxis und die Therapie (Organotherapie und Psychotherapie) in dieser Arbeit behandelt.

Das wichtigste therapeutische Mittel der Bekämpfung der Onanie ist, der Meinung des Verfassers nach, die Psychotherapie. Was die Psychoanalyse als Therapie betrifft, so meint der Verfasser, daß die Analyse der Onaniefälle deshalb oft überflüssig ist, weil die Kenntnis der Ursachen der Onanie nicht zur Heilung derselben führt: es sind ihm Fälle bekannt, bei welchen der Kranke die Ursachen seines krankhaften Triebes ganz genau wußte und doch sich von demselben nicht befreien konnte. Außerdem nimmt der Verfasser mit Moll an, daß die Anhänger Freuds einen gemeinsamen Fehler machen, indem sie der Sexualität überhaupt und den Erinnerungen der Erwachsenen eine zu große Bedeutung beilegen: Die Kranken verfälschen ihre Kindheitserinnerungen, legen ihnen die nie vorhandene sexuelle Bedeutung bei; die Analytiker glauben den Patienten und ziehen aus ihren Mitteilungen wichtige Schlüsse. Bei dieser Beurteilung entgeht dem Verfasser eine den Analytikern wohlbekannte Tatsache, daß selbst in den Fällen der Fälschung der Erinnerungen diese Fälschung von Bedeutung ist, weil sie eine Phantasie, also eine Realisierung eines unbewußten Wunsches des Patienten ist und als solche einen Zugang zu den unbewußten Erlebnissen des Kranken gibt. Was die Onaniefälle betrifft, bei welchen die analytische Behandlung überflüssig ist, weil die Ursachen seines krankhaften Triebes dem Onanierenden bekannt sind, so übersieht der Verfasser die ihm sicherlich nicht unbekannte Tatsache, daß es auch unbewußte Ursachen der Erkrankungen gibt und daß die Unkenntnis derselben dem Kranken unmöglich macht, sich von abnormen Triebregungen zu befreien. In dieser Hinsicht ihm behilflich zu sein, ist wohl keine andere Therapie so berufen als die Analyse.

Die Freudsche Theorie sowie die psychoanalytische Schule ist dem Verfasser bekannt, mit vielen Behauptungen derselben ist er aber nicht einvestanden, so findet der Verfasser zum Beispiel die Erklärung der Analyse, daß die mit der Onanie verbundenen Schuld- und Sündhaftigkeitsgefühle eine Folge der sie begleitenden Inzestphantasien sind, stark übertrieben. Es gibt schon Fälle, meint er, bei welchen die Inzestbindung zu den Eltern, „sehr selten" (!) zu den Geschwistern, vorhanden ist, aber unter dem Einfluß der Gewohnheit und der Erziehung befreien sich die Kinder von derselben. Die Schuldgefühle, meint er, sind die Folgen der christlichen Kultur und der mit dieser Kultur verbundenen asketischen Ideale. Der Verfasser bringt einen Fall von einem zwanzigjährigen Badeangestellten vor, der täglich drei- bis fünfmal mit Badegästen mutuelle Onanie betrieb, manchmal als aktiver Päderast tätig war und trotzdem blühend und gesund aussah und gar keine Schuldgefühle hatte. Diese Tatsache erklärt der Verfasser dadurch, daß der Jüngling, weil er keine Bücher gelesen hatte, auch nicht wissen konnte, daß die Onanie sündhaft ist und deshalb keine Schuldgefühle hatte.

Der Verfasser leugnet auch die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Onanie mit Kriminalität. Er führt einen Fall von Stekel an, der als Beweis für die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges dienen sollte: Ein Patient phantasiert beim Onanieren, daß er seinen Vater ermordet hätte. Der Penis ist der Vater, die Ejakulation das Blut, das Schlaffwerden des Gliedes — das Symbol des Todes. Dieser Phantasie, meint der Verfasser, kann man keine ernste Bedeutung beilegen: Die ungeheuere Verbreitung der Onanie bei den Menschen, das Vorhandensein derselben bei den Tieren schaltet jede Diskussion der Frage des Zusammenhanges der Onanie mit dem Verbrechen aus. Nun übersieht der Verfasser, daß es sich in diesem von Stekel angeführten Fall um eine Realisierung bei dem Patienten in der Phantasie seiner Todeswünsche gegen den Vater handelt. Diese Aggressionsgefühle gegen Inzestobjekte können entweder direkt gegen dieselbe oder infolge der Identifizierung und Übertragung auf fremde Personen gerichtet werden und so zu einem Verbrechen führen. Unter gewissen Umständen also, wenn die Onanie einen bestimmten Sinn hat, durch gewisse Phantasien begleitet wird, kann sie verbrecherische Handlungen verursachen, so daß bei manchen Fällen der Zusammenhang der Onanie mit den verbrecherischen Instinkten zweifellos vorhanden ist. Aus dem Dargestellten, um auf die Frage, woher die die Onanie begleitenden Schuld- und Sündhaftigkeitsgefühle stammen, zurückzukommen, geht klar hervor, daß sie eine Folge der Inzestbindungen und der mit ihnen verbundenen aggressiven Gefühle sind In oben zitiertem Falle von Stekel ist der Onanieakt eine Realisierung des Todeswunsches des Kranken gegen den Vater. Hätte der Patient keine Gelegenheit gehabt, durch die Lektüre zu erfahren, daß die Onanie sündhaft ist, so hätte er trotzdem Schuldgefühle gehabt, weil die Ursache derselben in seiner Inzestbindung an den Vater und seinen gewaltigen Aggressionen gegen denselben liegen. Dem jungen Bademeister fehlten die Schuldgefühle nicht deshalb, weil er von der Sündhaftigkeit der Onanie nie gehört hatte, sondern weil seine Onanie nicht mit Inzestphantasien verbunden war und deshalb von pathogener Wirkung frei war.

Eine andere psychologisch interessante Frage, ob die Onanie zur Charakteränderung und Lügenhaftigkeit führen kann, beantwortet der Autor negativ. Die Lügenhaftigkeit, die bei exzessiver Onanie oft beobachtet wird, bedeutet noch nicht, meint er, daß diese beiden Erscheinungen kausal verbunden sind (151). Einen gewissen moralischen Einfluß kann die Onanie auf den Menschen in dem Sinne ausüben, daß der Mensch durch beständige Verheimlichung seines Lasters sich an Unaufrichtigkeit gewöhnt. Der Verfasser bestreitet die Behauptung Ranks, daß ein mißlungener Kampf mit der Onanie zur Lügenhaftigkeit in den Fällen führen kann, wenn der verdrängte, unbewußt gewordene Onaniewunsch den Betreffenden zur Onaniebetätigung veranlaßt und das Bewußte täuscht, indem er das Vorhandensein dieser Betätigung leugnet: dieses Leugnen der Wahrheit ist der Sinn der Lügenhaftigkeit. Wenn das wahr wäre, meint der Verfasser, daß ein mißlungener Kampf mit der Onanie zur exzessiven Lügenhaftigkeit führte, so müßte man auch annehmen, daß ein gelungener Kampf mit derselben zur fanatischen Wahrheitsliebe führen müsse. „Wenn die Onaniegewohnheit infolge der bewußten Forderungen, ‚ich muß nicht onanieren', verdrängt ist", sagt er, „so entsteht eine neue, unbewußte Forderung: ‚ich muß nicht mehr lügen', die sich bewußt in einem hartnäckigen fanatischen Streben nach der Wahrheit äußern müßte." (182.) Wie logisch die Schlußfolgerung auch klingen mag, ist sie doch falsch. Die pathologische Lüge, die mit der Onanie verbunden ist, ist ein Krankheitssymptom, ein Symptom, das infolge der Verdrängung entstanden und dessen Sinn das Leugnen der Onaniebetätigung ist — jede Lüge hat diesen Sinn, wenn sie auch auf andere Dinge verschoben ist. In Fällen der wirklichen Bekämpfung der Onanie, wenn der Kranke von dem Onaniewunsch

befreit ist, wenn er bei ihm nicht mehr besteht, auch im Unbewußten nicht, findet die Verdrängung nicht statt, also auch keine Symptombildung, es kann also auch kein Drang nach der fanatischen Wahrheitsliebe entstehen.

Der Verfasser teilt die Annahme der Freudschen Schule, daß die Onanie begleitende Angstgefühle — bei Knaben die Kastrationsangst, bei Mädchen die Angst, daß ihnen „die Haare abgeschnitten werden" — zur Folge haben kann. Richtig ist auch die Behauptung der Analyse, daß viele Fälle der Zwangserscheinungen und der Hysterie Folgen dieser infantilen Angst sind, doch oft, meint er, haben die Zwangserscheinungen und die Angstgefühle gar keinen Zusammenhang mit der Sexualität. Sie sind durch einen Durchbruch der unbewußten Komplexe, die einen ganz anderen Ursprung haben, bedingt (176).

Der Verfasser beschäftigt sich auch mit dem jetzt so aktuellen Problem des Zusammenhanges der Liebe mit der Religion. Der autoerotische Trieb als der primitivste und grundlegendste überträgt seine unverbrauchte Energie auf das religiöse Gefühl, hier findet er eine für ihn sonst unerreichbare Verbreitung. Auf diese Weise verwandelt sich, meint der Verfasser, die Liebe zum Menschen zur Liebe zur Gottheit. In einem dem Autor bekannten Falle hat sich ein vierzehnjähriger Jüngling, der sehr gläubig war, auf seiner Brust in die Haut das Bild der Mutter Gottes eingeschnitten. Der Jüngling unterwarf sich einer schmerzlichen Operation, um das Bild der Mutter Gottes, also die Mutter Gottes, bei sich zu haben. Wenn man bedenkt, daß es sich bei ihm um die Pubertätszeit, das heißt um die Zeit der Auffrischung des Ödipuskomplexes handelt, so wird dieser sein Wunsch, die Mutter bei sich zu haben, verständlich. Es handelt sich bei ihm nicht um eine Verwandlung der autoerotischen Liebe in eine Objektliebe, wie es der Verfasser annimmt, sondern seine Objektliebe, die Liebe zur Mutter, verwandelt sich in der Übertragung und Identifizierung in die Liebe zur Mutter Gottes, wird zu einem religiösen Gefühl. Die religiösen Gefühle (Weltanschauungen) sind somit symbolische Äußerungen der unbewußten Erlebnisse im Anschluß an den Ödipuskomplex und nicht Verwandlungen des autoerotischen Triebes in eine Objektliebe oder der Liebe zum Menschen zur Liebe zur Gottheit.

Interessant ist die vom Verfasser angeführte Literatur des Einflusses der Onanie auf die Sinnesorgane, besonders auf die Augen und die Nase. Das Augenleiden (Pholopsie) bei ganz gesunden Augen, der Zusammenhang der Schwellungen der Geschlechtsorgane mit der Nasenschleimhautentzündung und dergleichen mehr bringen eine Bestätigung für die von der Analyse angenommene symbolische Bedeutung dieser Organe.

Die beiden Arbeiten „Die Onanie bei der Frau und beim Mann" sowie „Die Frigidität der Frau" sind zwei wertvolle Handbücher für Ärzte und Studierende. Die erste umfaßt die Stellungnahme zum Onanieproblem von mehr als 300 Fachleuten, die zweite — zur Frigidität der Frau — von 170. Der Verfasser ist der erste in der russischen medizinischen Literatur, der sich mit Sexualproblemen befaßt hat, und dieses Verdienst in bezug auf die Sexualforschung sowie auf das Verständnis der psychologischen Bedeutung der aufgestellten Probleme muß besonders betont und ihm sehr angerechnet werden.

F. Lowtzky (Berlin)

Meng, Heinrich: Konstitutionsumstellung durch Arznei, Hormon, Psyche. Aus: Bericht über den VI. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Dresden, 14. bis 17. Mai 1931

Meng geht von der Voraussetzung aus, daß es kein psychisches oder medikamentöses Eingreifen gibt, das imstande ist, eine bestimmte Krankheit mit Sicherheit zu

heilen. Es handle sich bei dem Versuch zu heilen darum, das Zusammenwirken von Leiblichem und Seelischem bei der Symptomgestaltung zu durchschauen, und vor allen Dingen darum, den Widerstand, der dem natürlichen Heilungsprozeß widerstrebt, zu erkennen, zu bewältigen und auszunutzen. Körperliche und seelische Behandlung des Menschen können also als Versuch einer Widerstandsbehandlung aufgefaßt werden. Der schwierigste Teil des Widerstandes gehe von der Konstitution aus. Das Wissen über die Beziehung zwischen Konstitution und Arzneiwirkung sei gering und am fruchtbarsten erwiesen sich auf diesem Gebiet die Theorien von Hahnemann, der den Organismus als ein Energiewechselsystem auffaßt. Versuche von Dattner, der Neurotiker mit kleinen Jod-Thyreoidendosen behandelt, lägen in dieser Richtung. Versuche, mit bestimmten Arzneistoffen Angst hervorzurufen und Angst zu bekämpfen, lassen es z. B. als möglich erscheinen, zu einer somatischen Angsttherapie zu gelangen. — Die Frage der psychischen Umstimmung des Organismus sei nur durch die Anwendung der Psychoanalyse zu lösen, das heißt, soweit eine Erkrankung von der psychischen Seite her angehbar ist, wird nur die Analyse imstande sein, die unbewußten Mechanismen zu durchschauen und die psychischen Widerstände zu beseitigen. — Die Frage einer kombinierten Therapie sei noch nicht spruchreif. **K. Misch-Frankl (Berlin)**

Aus der psychoanalytischen Literatur

Bergler, Edmund: **Psychoanalyse eines Falles von Prüfungsangst.** Arbeiten aus dem Wiener psychoanalytischen Ambulatorium. Zentralblatt für Psychotherapie 1933, H. 2, S. 65 ff.

Ausführliche Darstellung eines geheilten Falles von Prüfungsangst, die den nichtanalytischen, psychotherapeutisch interessierten Lesern des Zentralblattes den Gang einer Psychoanalyse demonstrieren will. Ein Patient, der bei zwei harmlosen Teilprüfungen seines Hochschulstudiums durchfiel, war in der Folgezeit jahrelang nicht zu bewegen, sich der Prüfungskommission zu stellen und suchte deshalb die psychoanalytische Behandlung auf. Die Ursache der Störung war das unbewußte Austragen seiner Ödipuskonflikte beim jeweiligen Prüfer, wobei der unbewußte Haß gegen den Vater und unbewußtes Bestraft-werden-wollen die wesentliche Rolle spielten.

Für den Analytiker sind zwei Details des Falles von Interesse. In einer bestimmten Phase der Analyse fand Patient das Tagebuch des verstorbenen Vaters. In der Arbeit werden Auszüge des Tagebuches (das von der Geburt des Patienten bis zum fünften Lebensjahre fortgeführt wurde) publiziert, die eine Reihe von Bestätigungen der von der Analyse behaupteten Zusammenhänge ergaben.

Neu ist die Darstellung einer infantilen Lampenphobie, an der Patient vom dritten bis siebenten Lebensjahre litt. Im Kinderzimmer hing eine einfache Gaslampe, der Patient allerlei magische Kräfte zuschrieb, und vor der er große Angst hatte. Die Eltern glaubten zuerst, das Kind habe vor dem zischenden Geräusch Angst, der Knabe verneinte dies sehr entschieden. Die besondere Zauberei der Lampe bestand darin, daß sie Gegenstände und Personen (z. B. die Schwester) zum Verschwinden bringen konnte; die magische Bewegung zu diesem Zwecke war ein aktives Hin- und Herschwingen. Die Fähigkeit des Verschwindenlassens nannte das Kind „einklimpern". Alle Versuche der Eltern, dem Knaben die Angst „auszureden", scheiterten. Er war jahrelang

davon überzeugt, daß, wenn ein Taschentuch, ein Bleistift usw. verschwanden, die Lampe sie „eingeklimpert" hatte. Den Beweis, daß die Lampe sich bewegen könne, erhielt das Kind auf dem Wege der Überlistung der Lampe. Patient beobachtete — wie unabsichtlich — das Bild der Lampe im Spiegel, und glaubte wahrzunehmen, wie sie schwingt. „Die Lampe bewegt sich doch", konstatierte der Knabe triumphierend. — Obwohl in der Analyse der Verdacht berechtigt war, daß die Lampe einen Zusammenhang mit den Kastrationsängsten des Patienten haben werde, blieb diese Symbolwahl lange unklar. Ein Einfall des Patienten erklärte dann den Zusammenhang. Patient erinnerte folgende Szene: Er sieht als drei- bis vierjähriger Bub den Vater im Zimmer auf und ab gehen, die eine Hand hält er in der Hosentasche und klimpert mit den Schlüsseln. Für die Vorstellung des Kindes hieß das: der Vater onaniert ebenfalls. Dabei identifiziert er Penis und Schlüssel. Eine besondere Vorliebe des Kindes, Schlüssel abzuziehen und sie in den Ofen zu stecken, gewinnt von hier aus einen sexualsymbolischen Sinn. Die Lampe, die einklimpern kann, ist demnach der kastrierende väterliche Penis. Die Allmacht, die der Lampe zugeschrieben wird, ist von der supponierten väterlichen Allmacht erborgt. Daß sich die Lampe bewegen kann (aber nur im Dunkeln oder, wenn sie sich unbeobachtet glaubt), beweist, welchen Eindruck die Erektion des Penis auf das Kind gemacht haben muß. Bemerkenswert ist, daß Patient sein Interesse für die Überwindung der Schwerkraft später in einem intensiven Interesse für Flugprobleme sublimierte, mit welchen Fragen er sich ernstlich auch technisch beschäftigte. Ein Hinweis findet sich auch im Tagebuch des Vaters, der vom 2½jährigen Knaben berichtet, er hätte lange Zeit von Lokomotiven geträumt, und als er eine am Bahnhof sah, vor ihr Angst bekommen und gesagt: „Ich geh' lieber weg von der Lokomotive." Patient erinnert sich übrigens auch eines mechanischen Spielzeugs — eines Reckturners —, vor welchem er davonlief, als es sich ohne sichtbare äußere Ursache zu bewegen begann. Dabei darf keineswegs angenommen werden, die Lampe sei in der Vorstellung des Knaben bloß der väterliche Penis, das heißt das Kastrationsinstrument gewesen. Die Lampe war nicht nur der gefürchtete, auch der begehrte väterliche Penis, eine Annahme, für die viele Träume sprachen. Darüber hinaus symbolisierte die Lampe auch das Auge des Vaters, das alles sieht. Von hier aus ergab sich ein Zugang zu den starken Voyenur- und Exhibitionstendenzen des Patienten. Inwieweit auch der von jedem Kinde supponierte weibliche Penis beim Lampensymbol gemeint war und die Kastrationsangst mit der freudigen Feststellung, die Lampe bewege sich trotz aller Ableugnungsversuche (das heißt der Penis sei vorhanden), rückgängig gemacht werden sollte, ist nicht mit Sicherheit festzustellen gewesen. **Autoreferat**

Hayasaka, Ch.: **Psychoanalytische Studien über neurotische Angst, — Angsthysterie.** Arbeiten aus d. Psychiatr. Inst. d. Kaiserl. Japanischen Universität zu Sendai. Jg. I. 1933, Heft 1

In der I. Mitteilung, die eine Patientin mit dem Symptomenkomplex der Angstneurose betraf, stellte ich fest, daß alle, einschließlich der feineren Eigentümlichkeiten der Symptome, den normalen Koitus als Symptom — das heißt als Folge eines psychischen Konflikts zwischen dem strengen Über-Ich und ihrem unbewußten Koituswunsch — nachahmten, und daraus schloß ich, daß dieser Fall, wenn es sich dabei auch um einen Symptomenkomplex der Angstneurose handelte, doch eine psychische Ableitung zulasse. Weiter erwähnte ich, daß eine bei diesem Falle gefundene spezifische Ursache der Angstneurose als Energiequelle für die Symptomenbildung in Betracht kam, mir also die Annahme von Freud bezüglich der Existenz der Angstneurose als Krankheit sui generis zweifelhaft er-

schien. Hier teile ich den Fall eines 25jährigen Witwers mit allgemeiner Ängstlichkeit, besonders Agoraphobie, und Taumeln nach links und anderes mit; die Ergebnisse sind folgende:

1. Aus der Tatsache, daß er vom Taumeln stets in der Situation befallen wird, wo er in Begleitung seiner Geliebten geht, oder bei der Möglichkeit, ihr begegnen zu können, und daß das Liegen auf der linken Seite die einzige lusterregende Lage beim Koitus ist, müssen die Symptome als Konversionssymptom aus einem Partialtrieb — sozusagen „Haltungslust" — (in genitalem Sinne!) beurteilt werden.

2. Weil Agoraphobie der Angst vor demselben Ort entspricht, wo er vom Taumeln befallen wird, ist die Agoraphobie eine typische Phobie vor Versuchungssituationen. Daß der Patient nicht nur das Konversionssymptom, sondern auch das Angstsymptom entwickelt hat, bedeutet doppeltes Mißlingen der Verdrängung.

3. Da sich beide Symptome aus genitaler Regung gebildet haben, so ist im psychosexuellen Leben des Patienten eine Konstitution anzunehmen, die solche Reaktionen erweisen müßte. Jedoch zeigt uns das sexuelle Leben des Patienten, daß er polygam veranlagt war und in der Kindheit große Erfahrung in Inzesthandlungen gehabt hat. Danach ist anzunehmen, daß seine polygame Tendenz aus seinem stetigen Verlangen nach Mutter- und Schwesterimago (das schließlich auf Mutterimago zu reduzieren ist) stammt, und daß der Grund der neurotischen Reaktionen auf genitale Regungen im früh verdrängten infantilen Ödipuskomplex zu suchen ist.

4. In der Ödipuseinstellung dieses Patienten trat seine Haßregung gegen den Vater nicht deutlich in Gegensatz zu seiner vorwiegenden Mutterbindung; darüber klärt besser sein zügelloses sexuelles Leben sowie sein geringer Widerstand bei der Analyse auf. Daß die Mutterbindung den Vaterkomplex überwiegt, das möchte ich als einen Typus der Ödipuseinstellung bei Angsthysterie ansehen. Dies bietet einen guten Grund für die Annahme, daß Angsthysterie zur Erkrankung genitaler Phasen gehört.

5. Bei diesem Fall, der weder infantile Erinnerung an Kastrationsbedrohung noch die als Kastrationssymbol angesehenen Eigenschaften in den Symptomen außer vorhandener Angst vor Trennung aus der Gesellschaft hat, bleibt es zweifelhaft, ob die Angst bei den Symptomen aus der Kastrationsangst stammt.

6. Daß der Patient unter verschiedenen Versuchungssituationen die Straße ausgewählt hat, ist durch Annahme exhibitionistischer Tendenz leicht zu erklären, dadurch auch die nur ausnahmsweise auftretende Eigentümlichkeit, daß sich die Symptome verschlimmern, wenn irgendeine Person ihn begleitet.

7. In diesem Fall ist eine spezifische Ursache der Angstneurose (erzwungene Abstinenz) nachgewiesen; auch sind die Symptome gewissermassen für Angstneurose gültig. Doch liegt die Bedeutung dieser Ursache darin, daß sich um diesen aktualneurotischen Kern psychoneurotische Symptome bilden. Zur Klärung der Frage, ob Angstneurose als Krankheit sui generis besteht oder nicht, kann dieser Fall nichts beitragen. Nur ist daraus zu erlernen, daß Vorsicht geboten ist, einen solchen Fall als Aktualneurose zu beurteilen, auch wenn die spezifische Ursache sowohl wie aktualneurotische Symptome dabei nicht fehlen.

Autoreferat

Hitschmann, Eduard: **Zur Psychoanalyse der Spermatorrhöe.** Wiener mediz. Wochenschr. 1933, Nr. 4

Der Autor weist unter Zitierung der psychoanalytischen Bemerkungen über Spermatorrhöe mit Neurasthenie (Reich, Schilder) auf alle Fälle hin, die ohne neurasthenische Symptome verlaufen. Psychologisch bedingte Mißbräuche, wie frustrane Erregungen, Surmenage

mit folgender Abstinenz, mögen das — sonst nur durch Sexualerregung und Friktion zeitweilig zur reichlichen Entleerung von Sexualsekret geöffnete — Ventil undicht gemacht haben, so daß das Sexualsekret bei jeder banalen Stuhl- oder Urinentleerung tropfenweise abgeht.

Aber dieser in seinem Entstehungsmechanismus nicht eben klare Zustand der Spermato- und Prostatorrhöe kann eine längere Dauer erst dadurch gewinnen, daß die psychische Einstellung des Betroffenen narzißtisch geworden ist: daß er sich vom Sexualobjekt abgewendet hat, z. B. durch Enttäuschung oder Haß oder aus Gründen der Selbstbestrafung oder der Entwertung der Sexualität, enthaltsam leben will und von dem sang- und klanglosen Abgang seines Samens nicht unbefriedigt ist. Unbewußte feminine Einstellung verzichtet auf jede Aktivität auf sexuellem Gebiet. Manchmal schließen sich hypochondrische, der Kastrationsangst angehörige Gefühle an.

Obstipation mit starkem Pressen zum Stuhl, auch Pressen beim Urinieren werden sonst als hinreichende Ursache des Samenabganges bei den Entleerungen angenommen, aber beim Gesunden ist solches Pressen nie von Samenabgang gefolgt. Andere Patienten scheinen oft durch nächtliches Auf-dem-Bauche-Liegen chronische Ersatzerregungen zu betreiben.

Jedenfalls handelt es sich bei der Sperma- und Prostatorrhöe um einen Zustand, der durch Psychoanalyse mit Aufklärung zu heilen ist und nicht etwa durch physikalische Mittel.

Die narzißtische Regression, in der die Störung zustande kommt, kann in manchen Fällen auch einen psychotischen Grad angenommen haben. **Autoreferat**

Kimura, R.: **Psychoanalytische Untersuchungen über die Wahnbildung bei Paranoia.** Arbeiten aus d. Psychiatr. Inst. d. Kaiserl. Japanischen Universität zu Sendai. Jg. I. 1933. Heft 1

I. Mitteilung. An zwei Paranoiafällen angestellte psychoanalytische Versuche zeigten, daß die Patienten Söhne strenger Väter waren und also der Ödipuskomplex bei ihnen ganz ausgeprägt war. Unter dem Druck der Schwierigkeit des realen Lebens und auf dem Wege der Regression wurde nun bei beiden Ödipuseinstellung wachgerufen, und Übertragung der Ambivalenzgefühle auf den Vaterersatz, und zwar auf den Schwiegervater bei einem Patienten und auf den Leiter der Fabrik beim anderen, war die Folge. Sodann wurden ihre feindlichen Regungen nach außen projiziert und von ihnen als Verfolgung seitens der Gegner wahrgenommen.

Der dritte Fall mit Eifersuchtswahn ließ erkennen, daß er, um der Spannung zwischen dem Über-Ich und seiner unbewußten polygamischen Tendenz zu entgehen, den unbewußten Wunsch auf seine Frau projizierte und einen Eifersuchtswahn bildete.

Kurz, alle drei Fälle bildeten ihren Wahn durch den Mechanismus der Projektion und statt des beseitigten inneren Drucks erlitten sie die Qual von außen. Der Wahn des Paranoikers ist also als ein nach außen gespiegelter Schatten eines inneren Bildes zu betrachten. Außerdem stellte Verfasser bei allen Fällen starke Fixierung der Libido auf narzißtischer Stufe fest.

II. Mitteilung. In dieser Mitteilung bespricht Verfasser weitere Ergebnisse der Psychoanalyse bei der Wahnbildung der Paranoia.

Der vierte Fall, ein Student, litt an Beziehungs- und Verfolgungswahn. Die Psychoanalyse ergab, daß er heftige moralische Konflikte wegen eines Sexualakts bestand, den er ohne Verantwortlichkeitsgefühl mit einem Mädchen ausgeführt hatte; als Ausdruck der

Spannung durch diesen Konflikt projizierte das Ich des Kranken den Vorwurf des strengen Über-Ichs nach außen und nahm ihn als Verfolgung von außen wahr.

Der fünfte Fall, ein junger Bauer, litt an Verfolgungswahn, kombiniert mit Besessenheits- und hypochondrischem Wahn. Er klagte über Hodenschmerz und glaubte, daß ein Mann ihn durch Magie an Gonorrhöe habe erkranken lassen, so daß er nicht mehr mit Frauen verkehren könnte; er wünschte, daß sein rechter Hoden kastriert werde. Daß dieser Patient ausgeprägte homosexuelle Tendenz hegte, war aus der Psychoanalyse deutlich ersichtlich; er projizierte diese unbewußte Homosexualität und bildete so wie in Schrebers Fall von Freud (1911) den Verfolgungswahn. **Autoreferat**

Lewin, Bertram D.: **Anal Eroticism and the Mechanism of Undoing.** (The Psycha. Quarterly 1/2)

Ein Patient hat — wie die Analyse nachweist — Selbstkastrationstendenzen aus Strafbedürfnis. Ein Traum, der offenkundig den Patienten über die Gefährlichkeit seiner innerlich wahrgenommenen Selbstschädigungstendenzen beruhigen will, stellt den Penisverlust als Kotverlust dar. Dieser regressive Ausdruck ist deshalb eine Beruhigung, weil das Kind ja die Erfahrung gemacht hat, daß der Kotverlust täglich wieder ungeschehen gemacht wird, indem neuer Kot produziert wird. Von der Ichseite aus gesehen scheint diese Bannung der Kastrationsgefahr durch den Hinweis auf die Möglichkeit eines „Ungeschehenmachens" die ökonomisch ausschlaggebende Determinante der Regression. Das schließt natürlich nicht aus, daß sie gleichzeitig die anal-sadistischen Wünsche des Es befriedigt. Vielleicht hängt es damit zusammen, daß die Triebabwehr des Ungeschehenmachens besonders bei Patienten mit anal-sadistischem Triebleben (Zwangsneurotikern) auftritt. **Fenichel (Berlin)**

Marui, Kiyoyasu: **Psychoanalytische Studie über einen Fall hysterischer Amaurose.** Arbeiten aus d. Psychiatr. Inst. d. Kaiserl. Japanischen Universität zu Sendai. Jg. I. 1933, Heft 1

In dieser Abhandlung will Verfasser das Ergebnis seiner psychoanalytischen Studie über einen Lehrer mitteilen, den Verfasser Gelegenheit zu untersuchen gehabt hat, bald nachdem er eine hysterische Amaurose durchgemacht hatte. Die Anamnese dieses Leidens, dessen Beginn, Verlauf und Ausgang manche nicht uninteressante Data darbieten, läßt sich ganz kurz zusammenfassen. Der Lehrer fiel eines Tages vor den Augen des Volksschuldirektors um und wurde bewußtlos; als er mehrere Tage nach diesem Vorfall wieder zu sich kam, bot er das typische Bild hysterischer Amaurose, das trotz allen therapeutischen Versuchen etwa vier Monate lang fortbestand. Eines Tages aber, als der hysterische Blinde, von zweien seiner Schulkinder geführt, den Shintotempel mit dem Schutzgott seines Dorfes besuchte, was er in dieser Zeit so gut wie täglich zu tun pflegte, fiel er zufällig den steilen Abhang hinunter und wurde wieder bewußtlos; bald darauf wachte er auf und schaute nach der Richtung hin, aus der Stimmen, Schreien und Weinen der Schulkinder zu kommen schienen, und seltsamerweise sah er die Kinder auf dem Abhang stehen und auch alles in seiner Umgebung.

Die Psychoanalyse dieses Falles ergab einen heftigen (sicher pathogenen) Konflikt, den der Patient aus Liebe, vor allem durch Anschauen einer Kollegin gehabt hatte. Die Tatsache, daß Patient vor den Augen des Schuldirektors umfiel, ist daraus zu erklären, daß er heftige Angst vor dessen scharfen Augen spürte, seitdem dieser sich einst in das

Liebesverhältnis zwischen ihm und der Kollegin eingemischt hatte und der Schuldirektor sozusagen das gestrenge Über-Ich in seinem Seelenleben darstellte.

Nach der psychoanalytischen Auffassung psychogener Sehstörungen Freuds ist unseres Erachtens die Genese dieser hysterischen Amaurose so zu deuten, daß das Ich des Kranken seine Herrschaft über das Auge, das ganz im Dienst des verdrängten sexuellen Triebs, insbesondere des Partialtriebs des Anstarrens stand, verlor, oder mit anderen Worten, daß als Ausdruck der Rache oder der Entschädigung von seiten des verdrängten Schautriebs dieser von weiterer psychischer Entfaltung abgehalten, seine Herrschaft über das ihm dienende Organ (Auge) zu steigern befähigt wurde. Die Bewußtlosigkeit, die der Amaurose voranging, erklärt Verfasser als Ausdruck der Zurückziehung aller Energiebesetzungen (sowohl Libido als auch Ichtriebenergie) ins Ichreservoir, und deutet die nach dem Erwachen des Patienten beobachtete Amaurose in der Weise, daß das Auge, bezw. das Sehen bei der Wiederherstellung der Energiebesetzungen seiner Besetzung beraubt war. Nach der Meinung des Verfassers könnte der dabei sich abspielende Vorgang so erklärt werden, daß infolge von Schuldgefühl oder Strafbedürfnis des Ichs des Kranken gegen sein strenges Über-Ich das Auge, bezw. das Sehen durch den Konversionsmechanismus vom Ich ausgeschlossen wurde... ein Schutzvorgang im Geistesleben, der in Analogie zum Prozeß der Autonomie oder Selbstverstümmelung bei Tieren zu setzen ist.

Der Heilungsmechanismus der Amaurose bei diesem Falle ist so aufzufassen, daß das Ich des Kranken, als ihm durch „zufälliges" Hinabstürzen am steilen Abhang gewissermaßen Lebensgefahr drohte, seine Herrschaft über das Auge wiederherstellte, indem der Ichtrieb das Übergewicht über den verdrängten Sexualtrieb (Schautrieb) wieder gewann. Man kann sich den Vorgang auch so vorstellen, daß im kritischen Moment der Lebensbedrohung das Ich des Kranken die Rache (Entschädigung) von seiten des verdrängten Schautriebs oder das Schuldgefühl (das Strafbedürfnis) gegen sein Über-Ich ignoriert und die Herrschaft über das Auge oder das Sehen wieder erlangt oder das Auge, das einmal vom Ich ausgeschlossen war, wieder in sich aufnimmt. Mir erscheint die Tatsache bemerkenswert, daß auch beim Verschwinden der Amaurose kurze Zeit dauernder Bewußtseinsverlust eintrat, eine Tatsache, die deutlich zeigt, daß alle Energiebesetzungen wieder einmal ins Ichreservoir zurückgezogen waren, bevor das Auge oder das Sehen seine Besetzung wiederbekam.

Daß die Amaurose bei diesem Falle als Ausdruck der „Flucht in die Krankheit" zu deuten ist, liegt auf der Hand; daß die Krankheitsdauer von etwa vier Monaten dem Patienten Gelegenheit zur Wiederanpassung an den pathogenen Konflikt, bezw. zur Vorbereitung der Genesung gab und gerade da das „zufällige" Trauma der Krankheit ein Ende gemacht haben mag, liegt nahe zu vermuten; die Ergebnisse der Untersuchung und der Traumdeutung bei dem Patienten haben tatsächlich gezeigt, daß im Verlaufe des Leidens erhebliche Veränderungen im Seelenleben, insbesondere im unbewußten Geistesleben stattgefunden haben.

Dieser Fall hysterischer Amaurose erscheint dem Verfasser insofern sehr interessant, als er als einzig psychoanalytisch erforschtes Beispiel die Freudsche Theorie psychogener Sehstörung bestätigt, daß er uns Einsicht in den Heilungsvorgang erlaubt und daß er in mancher anderen Hinsicht interessante und bemerkenswerte Data darbiete.

Autoreferat

Peck, Martin W.: **The Meaning of Psychoanalysis.** London, Jarrolds 1931

Es ist dem Autor gelungen, in diesem verhältnismäßig kleinen Bande eine klare Darstellung der Psychoanalyse zu geben, die Ärzten, Medizinstudenten und auch dem allgemeinen Publikum von Nutzen sein dürfte.

Zweckmäßigerweise hat er es vermieden, die noch umstrittenen Probleme der Analyse durchzudiskutieren und sich darauf beschränkt, dem Leser eine allgemeine Vorstellung der Einsichten zu vermitteln, die der analytischen Theorie und Praxis zugrunde liegen. Besonders sorgfältig arbeitet er den Begriff des Widerstandes und den der Übertragung heraus, die für die Technik der analytischen Behandlung eine so große Bedeutung haben. Auf S. 98 sagt der Verfasser, daß Schuldgefühl und Angst ein Ergebnis der Ödipussituation seien. Ich vermute, daß der Verfasser hier nur manche neurotische Angst (z. B. vor dem eigenen Über-Ich) meint, da Angst ja schon vor dem Zustandekommen der Ödipussituation auftritt.

Leider spricht der Verfasser von „verschiedenen Methoden der psychoanalytischen Therapie" (S. 154). Dies könnte beim Leser eine falsche Vorstellung erwecken. Üblicherweise bleibt der Terminus „psychoanalytische Therapie" der von Freud und seinen Schülern entwickelten Behandlungsmethode vorbehalten. **D. B. (London)**

KORRESPONDENZBLATT

DER

INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert von Zentralsekretärin **Anna Freud**

I) Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission

Lehrinstitut der Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület, Budapest

II. Quartal 1933

A. Kurse

Dr. Klára G. Lázár: Was bietet die Psychoanalyse für diejenigen, die mit Kindern zu tun haben? Vier Vorträge. Hörerzahl 30.

Dr. Fanny K. Hann: Die Psychoanalyse der Entwicklung der weiblichen Seele. Zwei Vorträge. Hörerzahl 25.

Dr. M. Bálint: Über hysterische Reaktionsformen. Für Ärzte und Pädagogen. Drei Vorträge. Hörerzahl 20.

B. Seminare für Ausbildungskandidaten

Vilma Kovács: Technisches Seminar. Drei Abende. Teilnehmerzahl 10.

Dr. I. Hermann: Theoretisches Seminar. Vier Abende. Teilnehmerzahl 15.

Dr. Zs. Pfeifer: Psychoanalytische Trieblehre. Fünf Abende. Teilnehmerzahl 15.

New York Psychoanalytic Institute

Studienjahr 1931/32

A. Lehrkurse

(unter der Aufsicht des Lehrkomitees der New York Psychoanalytic Society)

1. Dr. Sándor Radó: Principles of Psychoanalytical Theory. 20 Stunden. Hörerzahl 32.

2. Dr. Sándor Radó: The Technique of Psychoanalytic Therapy. 20 Stunden. Hörerzahl 20.

3. Dr. Sándor Radó: Technisches Seminar (für Anfänger). 30 Sitzungen. Teilnehmerzahl 24.

4. Dr. Sándor Radó: Technisches Seminar (für Fortgeschrittene). 30 Sitzungen. Teilnehmerzahl 40.

Dr. Adolf Stern: Freud-Seminar. — „The Interpretation of Dreams." 6 Sitzungen. Teilnehmerzahl 19.

6. Dr. Dorian Feigenbaum: Freud-Seminar. — „Freuds Krankengeschichten." 6 Sitzungen. Teilnehmerzahl 19.

7. Dr. Gregory Zilboorg: Freud-Seminar. — „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie." 6 Sitzungen. Teilnehmerzahl 19.

8. Dr. Bertram D. Lewin: Freud-Seminar. — „Freuds Theoretische Schriften." 6 Sitzungen. Teilnehmerzahl 19.

(Seminare Punkt 3 bis 8 je zweistündig.)

B. Populäre Kurse

(unter der Aufsicht des „Committee on Ways and Means and Public Relations" des New York Psychoanalytic Institute)

1. Seminar für Fürsorger (Fortgeschrittene). „Psychoanalysis in Social Work." Geleitet von Drs. Levy, Radó, Stern und Zilboorg. 10 Sitzungen. Teilnehmerzahl 34.

2. Einführungskurs für Fürsorger. Gehalten von Drs. Brill, Feigenbaum, Glueck, Lewin, Oberndorf, Shoenfeld, Stern, Williams und Meyer. 10 Sitzungen. Teilnehmerzahl 87.

3. Einführungskurs für Ärzte. Gehalten von Drs. Brill, Feigenbaum, Hinsie, Lehrman, Lewin, Lorand, Meyer, Oberndorf, Radó und Stern. 10 Sitzungen. Teilnehmerzahl 17.

4. Populäre Vorträge über Psychoanalyse. Vortragende: Drs. Brill, Glueck, Kenworthy, Levy, Oberndorf, Stern, Williams, Radó. 8 Vorträge. Teilnehmerzahl durchschnittlich 33.

Dr. Sándor Radó
Sekretär der I. U. K.

II) Berichte der Zweigvereinigungen

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

II. Quartal 1933

25. April: Dr. Fenichel: Kritisches Referat über Dr. Nunbergs „Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage." — Diskussion: Müller-Braunschweig, Lampl de Groot, Jacobssohn, Hoffmann.

6. Mai. Außerordentliche Generalversammlung. — Nach einer lebhaften Diskussion wird mit Stimmenmehrheit beschlossen, keine Änderungen in den Besetzungen der Ämter in der Gesellschaft und im Institut eintreten zu lassen.

23. Mai. Vortrag Dr. Berliner (a. G.): „Melancholie mit Konversion in eine tötliche Organerkrankung." — Diskussion: Fenichel, Simmel, Jacobssohn.

30. Mai. Kleine Mitteilungen. Dr. Fenichel: „Merkbefehl und Fetischismus." — Diskussion: Eitingon, Simmel, Boehm. — Dr. Paula Heimann (a. G.): „Ein Beitrag zum Problem der Mütterlichkeit." — Diskussion: Fenichel, Müller-Braunschweig, Jacobssohn, Lampl de Groot, Steff Bornstein. — Frau Edith Glück (a. G.): „Einleitung einer Kinderanalyse." — Diskussion: Fenichel, Eitingon, Steff Bornstein, Lampl de Groot, Müller-Braunschweig. — Dr. Kemper (a. G.): „Ein Fall ungewöhnlicher inzestuöser Beziehung." — Diskussion: Fenichel, Jacobssohn, Lampl, Müller-Braunschweig, Levy-Suhl (a. G.), Lampl de Groot, Berliner (a. G.).

13. Juni. Wissenschaftliche Sitzung zu Ferenczis Gedächtnis. — Dr. Eitingon: Abschiedsworte an Sándor Ferenczi. — Dr. Simmel: Gedenkrede für Sándor Ferenczi.

20. Juni. Vortrag Frau Edith Glück (a. G.): „Ein Fall von Pseudogenitalität bei analer Fixierung." — Diskussion: Fenichel, Jacobssohn, Lampl de Groot, Boehm, Simmel.

24. Juni. Vortrag Dr. Baumeyer (a. G.): „Schaulust und Exhibitionismus bei der Straßenangst." — Diskussion: Lampl, Kempner, Fenichel, Levy-Suhl, Boehm.

4. Juli. Vortrag Else Fuchs (a. G.): „Zur Psychoanalyse des Stotterns." — Diskussion: Fenichel, Jacobssohn, Eitingon. — Verlesen wird ein Vortrag von Frau Dr. Nic Hoel (aus Oslo): „Feuerlöschen und Homosexualität."

11. Juli. Vortrag Dr. Kemper (a. G.): „Weibliche Geschlechtssensationen beim Manne in vergleichender entwicklungsgeschichtlicher Betrachtung." — Diskussion: Fenichel, Müller-Braunschweig, Boehm, Kamm (a. G.), Simmel. — In der geschäftlichen Sitzung werden Frau Nic Hoel, Frau Edith Glück, Fräulein Else Fuchs, Fräulein Gertrud Göbel, Dr. Werner Kemper, Dr. Franz Baumeyer und Dr. Max Levy-Suhl als außerordentliche Mitglieder aufgenommen.

Dr. Felix Boehm
Schriftführer

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

II. Quartal 1933

7. April. 1. Frau Dr. K. G. Lázár: Fälle aus der Erziehungsberatung. — 2. Generalversammlung. Der Vorstand wird wiedergewählt. Frau Dr. Lilly G. Hajdu wird zum ordentlichen Mitglied gewählt (Adresse: Budapest, IV., Mária Valéria u. 1). Auf Vorschlag des Präsidenten wird Frau Vilma Kovács für ihre erfolgreiche Lehrtätigkeit der Dank der Vereinigung ins Protokoll genommen.

21. April. Frau K. Lévy: Über die weibliche Sexualität auf Grund eines Falles. I. Beschreibung des Falles.

5. Mai. Frau K. Lévy: Fortsetzung ihres Vortrages. II. Theoretische Folgerungen.

19. Mai. Frau Dr. L. K. Rotter: Über formelle Eigentümlichkeiten der freien Assoziation.

Am 22. Mai verlor die Vereinigung ihren Begründer und Präsidenten Doktor Sándor Ferenczi.

Dr. Imre Hermann

Société Psychanalytique de Paris

II. Quartal 1933

23. Mai. Wissenschaftliche Sitzung: Diskussion des Vortrags über den „Zwang", den Drs. Borel und M. Cénac auf der 7. Jahresversammlung französischer Psychoanalytiker hielten. Das Thema der Diskussion war überdies die Reue und ihre Beziehungen zum Zwang. Teilnehmer: Pichon, Mme. Bonaparte, Odier, Leuba, Loewenstein, Staub, Cénac, Borel.

16. Juni. Wissenschaftliche Sitzung: Dr. Parcheminey: „Der Begriff der Regression in der Genese neurotischer Störungen". Verfasser bemüht sich in dieser besonders interessanten Arbeit um die Aufklärung gewisser neurotischer Mechanismen an Hand der Arbeiten Pavlovs über die bedingten Reflexe. Diskussion: Pichon, Odier, Mme. Bonaparte, Laforgue, Th. Schiff, Loewenstein, Codet, Mme. Morgenstern, Borel.

S. Nacht
Secrétaire

Inhaltsverzeichnis
des XIX. Bandes (1933)

Seite

Michael Balint: Zwei Notizen über die erotische Komponente der Ichtriebe 428

Therese Benedek: Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen 507

E. Bergler und *L. Eidelberg:* Der Mammakomplex des Mannes 547

Felix Boehm: Beiträge zur Psychologie der Homosexualität IV. Über zwei Typen von männlichen Homosexuellen 499

Gustav Bychowski: Aktivität und Realität 152

Felix Deutsch: Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese . 130

Helene Deutsch: Zur Psychologie der manisch-depressiven Zustände, insbesondere der chronischen Hypomanie 358

L. Eidelberg: s. E. Bergler und L. Eidelberg.

Paul Federn: Sándor Ferenczi. Gedenkrede 305

S. Ferenczi: Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind 5

Sigm. Freud: Sándor Ferenczi 301

Edward Glover: Zur Ätiologie der Sucht 170

Fanny Hann-Kende: Über Klitorisonanie und Penisneid . . . 416

J. Hárnik: Die postnatale erste Entwicklungsstufe der Libido . . 147

Karen Horney: Die Verleugnung der Vagina. Ein Beitrag zur Frage der spezifisch weiblichen Genitalängste 372

Smith Ely Jelliffe: Die Parkinsonsche Körperhaltung. Einige Betrachtungen über unbewußte Feindseligkeit 485

Ernest Jones: Die phallische Phase 322

A. Kielholz: Weh' dem, der lügt! Beitrag zur Pseudologia phantastica 527

Jeanne Lampl de Groot: Zu den Problemen der Weiblichkeit . 385

Edoardo Weiss: Körperschmerz und Seelenschmerz 117

Seite

Viktor v. Weizsäcker: Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildungen 16
M. Wulff: Über den hysterischen Anfall 584

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Heisaku Kosawa: Eine schizophrene Gesichtshalluzination . . . 434
Melitta Schmideberg: Ein Prüfungstraum 198
Alexander Szalai: Die „ansteckende" Fehlhandlung 440

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

Endre Almásy: Daten zur manischen Assoziation und Affektübertragung 205
Michael Bálint: Über die Psychoanalyse des Charakters 449
Therese Benedek: Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen . . . 203
Ludwig Eidelberg: Zur Metapsychologie des Masochismus 615
— Zur Theorie und Klinik der Perversion 620
Paul Federn: Die Psychosenanalyse . . . . . 207 u. 444
— Die vier Frongesetze der Zwangsneurose 616
Otto Fenichel: Neue Determinanten zweier bekannter neurotischer Haltungen . 450
Alfred Groß: Zeitsinn und Traum 613
L. S. Kubie: Die Beziehung des bedingten Reflexes zur psychoanalytischen Technik 213
Sándor Lorand: Reaktivierte infantile Traumen in der Analyse 211
— Ein Beitrag zur Psychologie des Erfinders 212
Melitta Schmideberg: The Mode of Psychotherapeutic Measures 450
Emil Simonson: Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis 614
Fritz Wittels: Mutterschaft und Bisexualität 622
— Mona Lisa und weibliche Schönheit 622
Gregory Zilboorg: Angst ohne Affekt 210

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete:

Braatöy: Die psychoanalytische Methode . . . . . *(Fenichel)* 623

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Aschner: Die Krise der Medizin . . . . . *(M. Bálint)* 452
— Klinik und Behandlung der Menstruationsstörungen . . . . . *(Jacobsohn)* 453
Birnbaum: Methodologische Prinzipien der Pathographie . . . *(Hitschmann)* 454
Boenheim: Kinderpsychotherapie in der Praxis . . . . *(Liebeck-Kirschner)* 215
Bretschneider: Psychogene („oneirogene") Krankheitsbilder *(Friedjung)* 624
Dreikurs: Das nervöse System . . . . . *(Isakower)* 625
Heyer: Seelenräume . . . . . *(R. Sterba)* 215

Seite

Jacobsohn: Die Frigidität der Frau . . . . . *(Lowtzky)* 625
— Die Onanie beim Mann und bei der Frau . . . . . *(Lowtzky)* 626
Kauders: Zur Klinik und Analyse der psychomotorischen Störung *(Haenel)* 216
Levy-Suhl: Die Funktion des Gewissens in den neurotischen Krankheiten *(Isakower)* 455
Meng: Konstitutionsumstellung durch Arznei, Hormon, Psyche *(Misch-Frankl)* 629
Peritz: Die Nervenkrankheiten des Kindesalters . . . . . *(Meng)* 455
Rosenfeld: Die Störungen des Bewußtseins . . . . . *(Hartmann)* 218
Unger: Ein Versuch sozialer klinischer Therapie . . . . . *(Misch-Frankl)* 218

Aus der psychoanalytischen Literatur:

Bergler: Psychoanalyse eines Falles von Prüfungsangst . . . . *(Autoreferat)* 629
Coriat: A Note on Symbolic Castration . . . . . *(Fenichel)* 219
Glover: The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation . . . . *(Fenichel)* 457
Hayasaka: Psychoanalytische Studien über die neurotische Angst. — Angsthysterie . . . . . *(Autoreferat)* 630
Hitschmann: Die Psychoanalyse der Zwangsneurose . . . . *(Autoreferat)* 219
— Über die Psychoanalyse einer hypochondrischen Angst . . . . *(Autoreferat)* 459
— Zur Psychoanalyse der Spermatorrhoe . . . . . *(Autoreferat)* 631
Kaufman: Some Clinical Dates on Ideas of Reference . . . . *(Fenichel)* 460
Kimura: Psychoanalytische Untersuchung über die Wahnbildung bei Paranoia *(Autoreferat)* 632
Klein: Die Psychoanalyse des Kindes . . . . . *(Alexander)* 219
— The Psycho-Analysis of Children . . . . . *(Glover)* 227
Lewin: Anal Eroticism and the Mechanism of Undoing . . . . *(Fenichel)* 633
Marui: Psychoanalytische Studie über einen Fall hysterischer Amaurose *(Autoreferat)* 633
Nunberg: Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage *(Sarasin)* 460
Oberndorf: Analysis of Disturbances in Speech . . . . . *(Fenichel)* 235
Peck: The meaning of Psycho-Analysis . . . . . *(D. B.)* 635
Schmideberg: The Role of Psychotic Mechanisms in Cultural Development *(Fenichel)* 236
Searl: A Note on Depersonalization . . . . . *(Fenichel)* 237
Slutsky: Interpretation of a Resistance . . . . . *(Fenichel)* 463
Thompson: Toothache and Masturbation . . . . . *(Fenichel)* 238

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Mitteilungen des Zentralvorstandes

Bericht über den XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 239

Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission

Berliner Psychoanalytisches Institut 275, 464
Budapest, Lehrinstitut der Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület 278, 468, 636

Seite

Chicago Institute for Psychoanalysis 465
Frankfurter Psychoanalytisches Institut 276
London Institute of Psycho-Anaylysis 467
New York Psychoanalytic Institute 636
Wien, Lehrausschuß der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung 278, 468

Berichte der Zweigvereinigungen

The American Psychoanalytic Association 279, 469
Chicago Psychoanalytic Society 471
New York Psychoanalytic Society 472
Washington-Baltimore Psychoanalytic Society 474
British Psycho-Analytical Society 281, 475
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft 282, 476, 637
Hamburger Arbeitsgemeinschaft 283
Leipziger Arbeitsgemeinschaft 283
Lehrkurs in Stuttgart 284
Südwestdeutsche Arbeitsgemeinschaft 284
Indian Psycho-Analytical Society 477
Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület 284, 480, 638
Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse 284, 480
Société Psychanalytique de Paris 285, 480, 639
Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse 285, 481
Wiener Psychoanalytische Vereinigung 286, 482

Bericht der Verlags-Kommission der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 286

Mitgliederverzeichnis der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 288

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY

Second year of publication

THE QUARTERLY

is devoted to original contributions in the field of theoretical, clinical and applied psychoanalysis, and is published four times a year.

The Editorial Board of the QUARTERLY consists of: Drs. Dorian Feigenbaum (*Managing Editor*, 60 Gramercy Park, New York City), Bertram D. Lewin, Frankwood E. Williams and Gregory Zilboorg. Associated with the Editorial Board is a group of distinguished American and European psychoanalysts.

Among the contributors to the first volume (1932) were: Sigm. Freud, A. A. Brill, Helene Deutsch, Paul Federn, Dorian Feigenbaum, Otto Fenichel, J. C. Flügel, Eugen J. Hárnik, Abraham Kardiner, M. R. Kaufman, Bertram D. Lewin, Sándor Radó, Géza Róheim and Frankwood E. Williams.

CONTENTS FOR JANUARY 1933:

The Psychoanalysis of Pharmacothymia (Drug Addiction), I. The Clinical Picture, Sándor Radó; The Body as Phallus, Bertram D. Lewin; Anxiety without Affect, Gregory Zilboorg; Pregenital Anxiety in a Passive Feminine Character, Ives Hendrick; Outline of Clinical Psychoanalysis, Pregenital Conversion Neuroses, Otto Fenichel; Turning Points in the Analysis of a Case of Alcoholism, George E. Daniels; Abstracts; Book Reviews; Current Psychoanalytic Literature; Notes.

Subscription price is five dollars; single issues one dollar and fifty cents. A limited number of Volume I (1932) copies are still available; Volume I in original binding, six dollars.

THE PSYCHOANALYTIC QUARTERLY PRESS

372—374 BROADWAY, ALBANY, NEW YORK

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by

SIGM. FREUD

Edited by

ERNEST JONES

This JOURNAL is issued quarterly. Besides Original Papers, Abstracts and Reviews, it contains the Bulletin of the International Psycho-Analytical Association, of which it is the Official Organ.

Editorial communications should be sent to Dr. Ernest Jones, 81 Harley Street, London, W. 1.

The Annual Subscription is 30s per volume of four parts.

The JOURNAL is obtainable by subscription only, the parts not being sold separately.

Business correspondence should be addressed to the publishers, Ballière, Tindall & Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London, W. C. 2., who can also supply back volumes.

(Ausgegeben im Dezember 1933)

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Smith Ely Jelliffe: Die Parkinsonsche Körperhaltung. Einige Betrachtungen über unbewußte Feindseligkeit 485

Felix Boehm: Beiträge zur Psychologie der Homosexualität IV. Über zwei Typen von männlichen Homosexuellen 499

Therese Benedek: Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen 507

A. Kielholz: Weh' dem, der lügt! Beitrag zum Problem der Pseudologia phantastica . . . 527

Edmund Bergler und *Ludwig Eidelberg:* Der Mammakomplex des Mannes 547

M. Wulff: Über den hysterischen Anfall 584

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

Alfred Groß: Zeitsinn und Traum 613
Emil Simonson: Erfolgreiche Behandlung einer schweren, multiplen Konversionshysterie durch Katharsis 614
Ludwig Eidelberg: Zur Metapsychologie des Masochismus 615
Paul Federn: Die vier Frongesetze der Zwangsneurose 616
Ludwig Eidelberg: Zur Theorie und Klinik der Perversion 620
Fritz Wittels: Mutterschaft und Bisexualität 622
Fritz Wittels: Mona Lisa und weibliche Schönheit 622

REFERATE

Aus der Literatur der Grenzgebiete:

Braatöy: Die psychoanalytische Methode *(Fenichel)* 623

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Bretschneider: Psychogene („oneirogene") Krankheitsbilder *(Friedjung)* 624
Dreikurs: Das nervöse Symptom *(Isakower)* 625
Jacobsohn: Die Frigidität der Frau *(Lowtzky)* 625
Jacobsohn: Die Onanie beim Mann und bei der Frau *(Lowtzky)* 626
Meng: Konstitutionsumstellung durch Arznei, Hormon, Psyche *(Misch-Frankl)* 628

Aus der psychoanalytischen Literatur:

Bergler: Psychoanalyse eines Falles von Prüfungsangst *(Autoreferat)* 629
Hayasaka: Psychoanalytische Studien über neurotische Angst, — Angsthysterie *(Autoreferat)* . 630
Hitschmann: Zur Psychoanalyse der Spermatorrhöe *(Autoreferat)* 631
Kimura: Psychoanalytische Untersuchungen über die Wahnbildung bei Paranoia *(Autoreferat)* . 632
Lewin: Anal Eroticism and the Mechanism of Undoing *(Fenichel)* 633
Marui: Psychoanalytische Studie über einen Fall hysterischer Amaurose *(Autoreferat)* 633
Peck: The meaning of Psychoanalysis *(D. B.)* 634

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

I. Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission 636
II. Berichte der Zweigvereinigungen 637

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark 28.–

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XIX. Band (1933), sowie zu allen früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.–

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien, I., Börsegasse 11. — Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien. — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Paul Federn, Wien, VI., Köstlergasse 7. — Druck: Elbemühl Papierfabriken und graphische Industrie A. G., Wien, IX., Berggasse 31.